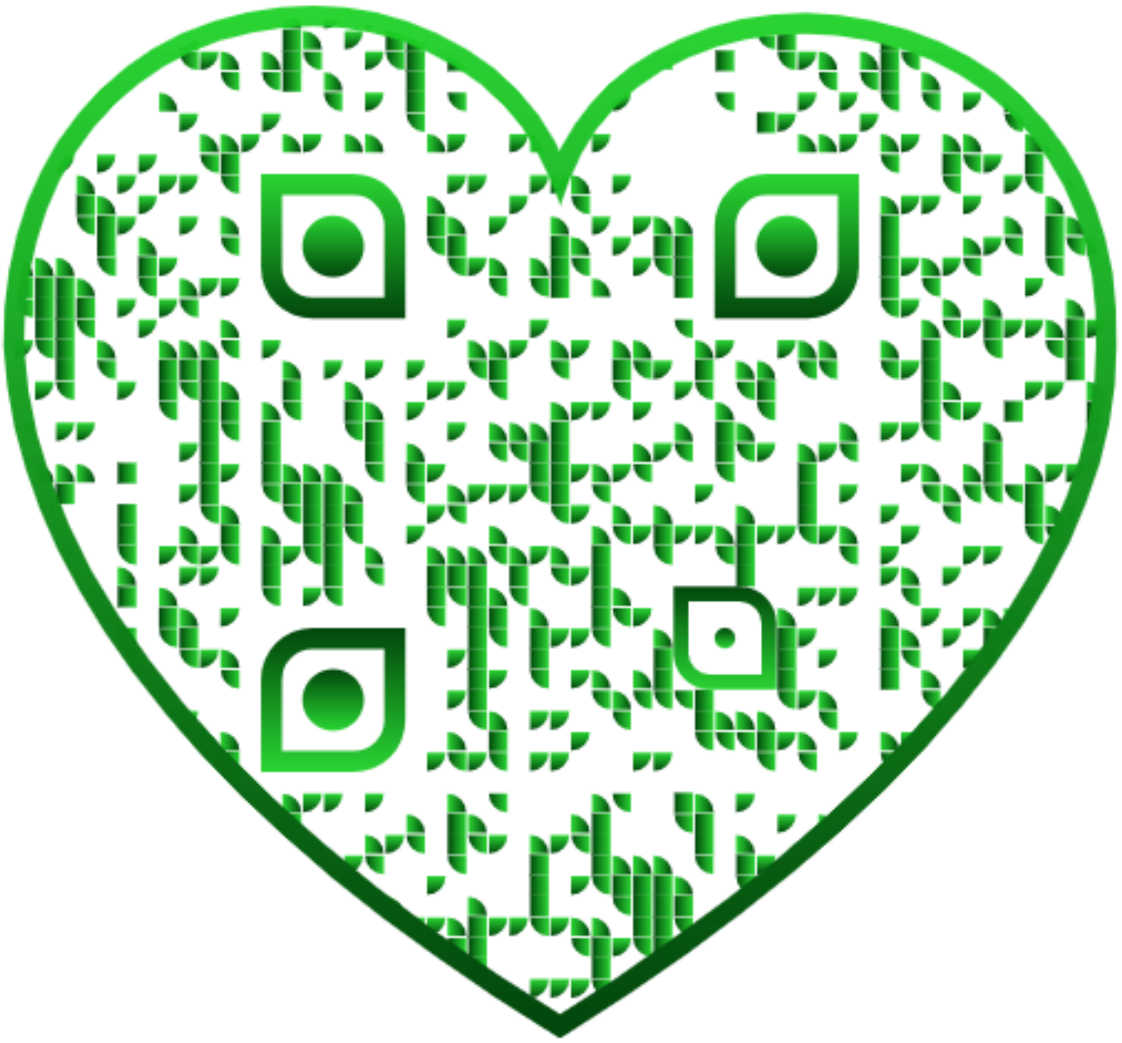
Manuel clinique des psychothérapies de couple

Sous la direction de
John Wright
Yvan Lussier
Stéphane Sabourin

Préface de
Rose-Marie Charest
Présidente de l'Ordre
des psychologues du Québec

Presses de l'Université du Québec



Manuel clinique des psychothérapies de couple

PRESSES DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
Le Delta I, 2875, boulevard Laurier, bureau 450
Québec (Québec) G1V 2M2
Téléphone : (418) 657-4399 • Télécopieur : (418) 657-2096
Courriel : puq@puq.ca • Internet : www.puq.ca

Distribution :

CANADA et autres pays

PROLOGUE INC.
1650, boulevard Lionel-Bertrand (Québec) J7V 1N7
Téléphone : (450) 434-0306 / 1-800-363-2864

FRANCE
AFPU-DIFFUSION
SODIS

BELGIQUE
PATRIMOINE SPRL
168, rue du Noyer
1030 Bruxelles
Belgique

SUISSE
SERVIDIS SA
5, rue des Chaudronniers,
CH-1211 Genève 3
Suisse

La *Loi sur le droit d'auteur* interdit la reproduction des œuvres sans autorisation des titulaires de droits. Or, la photocopie non autorisée – le « photocopillage » – s'est généralisée, provoquant une baisse des ventes de livres et compromettant la rédaction et la production de nouveaux ouvrages par des professionnels. L'objet du logo apparaissant ci-contre est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit le développement massif du « photocopillage ».

Manuel clinique des psychothérapies de couple

Sous la direction de
John Wright
Yvan Lussier
Stéphane Sabourin

Préface de
Rose-Marie Charest
Présidente de l'Ordre
des psychologues du Québec

2008

Presses de l'Université du Québec
Le Delta I, 2875, boul. Laurier, bur. 450
Québec (Québec) Canada G1V 2M2

Catalogage avant publication de Bibliothèque
et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada

Vedette principale au titre :

Manuel clinique des psychothérapies de couple

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7605-1450-8

1. Thérapie de couple. 2. Conflits conjugaux. 3. Couples - Psychologie.
4. Psychopathologie. I. Wright, John, 1946- . II. Lussier, Yvan, 1958- .
III. Sabourin, Stéphane, 1957- .

RC488.5.M36 2007 616.89'1562 C2007-941412-5

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada
par l'entremise du Programme d'aide au développement
de l'industrie de l'édition (PADIE) pour nos activités d'édition.

La publication de cet ouvrage a été rendue possible
grâce à l'aide financière de la Société de développement
des entreprises culturelles (SODEC).

Mise en pages : INFOSCAN COLLETTE-QUÉBEC

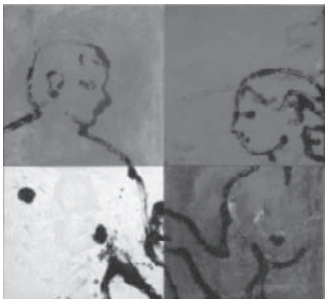
Couverture – Conception : RICHARD HODGSON

Illustration : ALAIN SIMON, *Adam et Ève, proposition 1* (d'après Dürer), 2001
(200 cm × 200 cm). Acrylique sur papier marouflé sur bois,
assemblage de neuf éléments.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 PUQ 2008 9 8 7 6 5 4 3 2 **1**

Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation réservés
© 2008 Presses de l'Université du Québec

Dépôt légal – 1er trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada
Imprimé au Canada



PRÉFACE

Les souffrances engendrées par les problèmes de couple tant pour les individus impliqués que pour leur entourage, notamment les enfants, justifient pleinement l'attention que chercheurs et cliniciens accordent aux psychothérapies de couple. Les psychologues d'enfants et d'adolescents sont à même de constater les conséquences des problèmes de couple des parents chez leur clientèle. Ceux qui travaillent auprès des adultes sont aussi confrontés à la détresse qui résulte des problématiques reliées au couple. Lorsque la dynamique du couple est en cause, le couple en soi doit devenir sujet d'étude et d'intervention.

Le *Manuel clinique des psychothérapies de couple* présente le fruit de nombreuses recherches inspirées par des problématiques cliniques dont les résultats, en retour, guident l'évaluation et l'intervention clinique. C'est, selon moi, ce type d'échanges qui permet d'établir la psychologie comme discipline à la fois rigoureuse et utile à ceux et celles qui requièrent nos services.

L'Ordre des psychologues et ses membres ont déjà largement bénéficié des compétences du D^r^ John Wright, qui a participé à la formation, tant initiale que continue, de plusieurs psychologues. L'évolution de son modèle d'intervention auprès des couples repose sur une articulation rigoureuse et efficace de la recherche et de l'intervention, effectuée en collaboration avec des chercheurs de renom comme les D^rs^ Sabourin et Lussier, ainsi que de nombreux cliniciens.

Les sujets couverts par cet ouvrage sont pertinents non seulement pour les praticiens de la thérapie de couple, qui y trouveront assurément un approfondissement de leurs connaissances, mais également pour tous les professionnels du secteur de la santé mentale et des relations humaines. Tous rencontrent des problématiques qui exigent de bien connaître ce qui se fait à l'extérieur de son propre champ de compétence pour s'y référer au besoin.

Les thérapies de couple ont leurs propres exigences. Tout thérapeute, aussi compétent soit-il, ne devrait pas s'improviser thérapeute de couple. Le *Manuel clinique des psychothérapies de couple* m'apparaît à la fois une source d'information, un outil de formation continue et, pour certains, l'inspiration qui les conduira à poursuivre une véritable formation en thérapie de couple.

Dans tous les cas, le lecteur en sortira grandi et le public bénéficiera de professionnels mieux formés.

Rose-Marie Charest
Présidente de
l'Ordre des psychologues du Québec

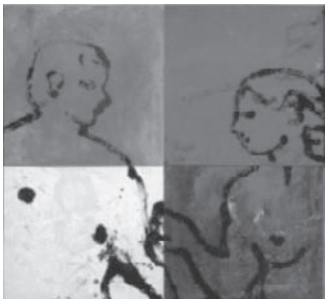


TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE IV
Rose-Marie Charest, présidente, Ordre des psychologues du Québec

INTRODUCTION 1
John Wright, Yvan Lussier et Stéphane Sabourin

1er postulat
La psychothérapie de couple constitue, en soi, un champ disciplinaire spécialisé, et le développement de l'expertise requiert une formation de pointe 5

2e postulat
La psychothérapie conjugale fondée sur des données probantes s'inspire surtout de quatre écoles de pensée 5

3e postulat
La phase diagnostique, au sein du modèle proposé, revêt une importance cruciale 6

4e postulat
La psychothérapie de couple auprès de clientèles difficiles doit tenir compte de la cooccurrence des troubles mentaux et conjugaux 6

Références 11

Partie 1
FONDEMENTS GÉNÉRAUX DES PSYCHOTHÉRAPIES DE COUPLE

Chapitre 1
CONCEPTION INTÉGRÉE DES PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES TROUBLES CONJUGAUX 15
Stéphane Sabourin et Danielle Lefebvre

1. Contextes critiques en évaluation diagnostique du couple 16
1.1. Conflits intenses en séance accompagnés d'une charge émotive lourde... 17

1.2. Détresse clinique significative impliquant parfois des risques suicidaires ou homicidaires 18
1.3. Divulgation de secrets familiaux, souvent liés à des troubles sexuels non discutés 19
1.4. Forte interpénétration des problèmes de santé physique et des problèmes de couple 20
1.5. Troubles mentaux intériorisés ou extériorisés chez les conjoints et difficultés de coordination des traitements individuels et conjugaux.. 20
1.6. Ambivalence marquée, nourrie par des gestes impulsifs et contradictoires signifiant autant le désir de se rapprocher que celui de quitter le conjoint 22
1.7. Faible motivation au changement et forte résistance à l'implication en psychothérapie de couple chez un des conjoints 22
1.8. Accentuation de la dépression chez l'enfant à cause de la négligence des parents ou de leur immersion aveugle dans leurs propres difficultés 23
1.9. Intensification d'un trouble de l'attention ou de la conduite chez un enfant déjà fragile 24
1.10. Conduites coercitives et hostiles induisant la terreur chez l'enfant 24
1.11. Surimplication émotionnelle d'un des parents auprès d'un enfant pour compenser la pauvreté des échanges affectifs entre les conjoints 25

2. Modèles étiologiques en psychothérapie de couple 27
2.1. Multiplicité des styles de vie familiaux 27
2.2. Prévalence de la détresse conjugale 30

3. Modèles étiologiques en psychopathologie du couple 33
3.1. Engagement 35
3.2. Intimité 42

Conclusion 91

Références 92

Chapitre 2

LE DIAGNOSTIC EN PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE

Vers un nouveau dialogue 99
Stéphane Sabourin, Justine Lorange, John Wright, Danielle Lefebvre et Hélène Poitras-Wright

1. Le comportement de recherche d'aide professionnelle chez les couples 100

2. Le recours à la psychothérapie de couple : quelques constats 100
2.1. La fréquence des comportements de recherche d'aide professionnelle ne correspond pas aux taux de dysfonctions conjugales observés au sein de la population 101

2.2. Le délai moyen entre l'apparition du trouble conjugal et le premier contact avec un spécialiste de la psychothérapie de couple s'élève à près de six ans ... 101
2.3. Le comportement de recherche d'aide professionnelle chez les couples résulte d'un processus de négociation intensif ... 102
2.4. Les trajectoires de recherche d'aide professionnelle individuelles et conjugales s'entrecroisent ... 102
2.5. Plus de 50 % des couples n'en sont pas à leur première psychothérapie de couple. ... 103

3. Les étapes du processus conjoint de recherche d'aide ... 103
3.1. Les fonctions de l'évaluation en psychothérapie de couple ... 105
3.2. Le protocole d'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple ... 107

4. Le premier contact téléphonique ... 108

5. La première rencontre d'évaluation diagnostique ... 109
5.1. La négociation d'un mandat provisoire et l'obtention du consentement éclairé des conjoints ... 109
5.2. L'analyse des motifs de consultation et des précipitants de la demande ... 112
5.3. La description de l'histoire générale de l'union et des aspects positifs de la relation ... 118
5.4. La présentation facultative d'un résumé de la problématique et de pistes de réflexion ... 121
5.5. Les recommandations techniques en vue de structurer l'entrevue d'évaluation conjointe ... 122

6. Les rencontres individuelles ... 127
6.1. Les objectifs de la séance individuelle ... 127
6.2. La méthodologie de la séance individuelle ... 128

7. La deuxième séance conjointe ... 134
7.1. La relation avec les enfants ... 139
7.2. La gestion des carrières et la répartition des tâches domestiques ... 141
7.3. La qualité des échanges sexuels ... 145
7.4. La qualité de la communication conjugale ... 158

8. Les questionnaires ... 164
8.1. L'évaluation de la détresse conjugale ... 166
8.2. L'évaluation de la détresse individuelle ... 168
8.3. L'évaluation de la violence ... 168
8.4. L'évaluation de l'attachement ... 168
8.5. L'évaluation de la personnalité ... 169

9. La séance de rétroaction ... 170
9.1. Présentation et discussion du bilan diagnostique ... 171
9.2. La négociation d'un mandat et d'objectifs thérapeutiques ... 178
9.3. L'analyse des obstacles et la formulation d'un contrat ... 189

Conclusion ... 191
Références ... 191

Chapitre 3

ENJEUX ÉTHIQUES EN THÉRAPIE CONJUGALE ... 197
Geneviève Bouchard

1. Question d'éthique ... 197
1.1. Les différents codes de déontologie professionnelle ... 198
1.2. Les étapes à suivre lorsque le psychologue conjugal confronte un dilemme éthique ... 201

2. Présentation de dilemmes éthiques particuliers ... 202
2.1. Les compétence professionnelle du thérapeute et l'acquisition de connaissances ... 202
2.2. Le consentement libre et éclairé des partenaires ... 204
2.3. Le système de valeurs personnelles du thérapeute ... 208
2.4. La neutralité ... 211
2.5. La confidentialité et ses limites ... 212
2.6. Les tensions entre les intérêts des individus impliqués ... 215
2.7. Le contre-transfert et autres réactions émotionnelles et intellectuelles du thérapeute ... 216
2.8. Les rôles conflictuels et les relations professionnelles multiples ... 217

Conclusion ... 219
Annexe – Formulaire de consentement pour la thérapie conjugale ... 220
Références ... 222

Chapitre 4

LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE D'ORIENTATION COGNITIVE-COMPORTEMENTALE ... 225
John Wright, Stéphane Sabourin, Yvan Lussier et Hélène Poitras-Wright

1. Perspective théorique et historique ... 225
1.1. La mise en cause de l'efficacité et de l'efficience de la PCCC ... 228
1.2. Le protocole d'évaluation diagnostique en PCCC : buts, méthodes et choix de cas ... 232

2. Mandat visant l'amélioration de la relation ... 232
2.1. Le rôle de la communication efficace ... 232
2.2. La résolution des problèmes et des conflits conjugaux ... 241
2.3. La résolution de problèmes avec un couple plus dysfonctionnel ... 244
2.4. L'identification et l'expression des émotions ... 246
2.5. L'acceptation et la tolérance des différences ... 248
2.6. L'expression de l'affection et le style d'attachement ... 255

2.7. La sexualité et la sensualité 257
2.8. La négociation, l'équité et la répartition du pouvoir 258
2.9. Le développement des compétences parentales 259
2.10. Les séances de suivi et la prévention de la rechute 262
3. Mandat de résolution de l'ambivalence 262
3.1. Les difficultés de repérage de l'ambivalence des conjoints 263
3.2. L'évitement de l'ambivalence et le recours aux tactiques de persuasion 263
4. Mandat d'intervention de crise 268
Conclusion 273
Références 273

Chapitre 5

THÉRAPIE DE COUPLE AXÉE SUR L'ÉMOTION 277
Marie-France Lafontaine, Susan M. Johnson-Douglas, Normand Gingras et Wayne Denton
1. L'historique de l'*Emotionally Focused Therapy* (EFT) 278
1.1. La synthèse des perspectives expérientielle et systémique 278
1.2. Les influences de la théorie de l'attachement 278
2. Les principes clés de l'EFT 279
3. Le processus du changement : les trois stades 280
3.1. Stade I : la désescalade/désintensification 281
3.2. Stade II : changements dans les prises de position interactionnelles 282
3.3. Stade III : consolidation des changements et intégration à la vie de tous les jours 283
4. L'évaluation et la sélection des couples 283
5. Les contre-indications 286
6. Les facteurs qui prédisent le succès 286
7. La création de l'alliance thérapeutique et l'engagement dans le traitement 288
8. Les interventions centrales 289
8.1. Les interventions visant à explorer et à reformuler l'émotion 289
8.2. Les interventions visant la restructuration 291
9. Les interventions en présence d'impasses 292
10. Les mécanismes de changement 296
11. La fin de la thérapie 298
12. La violence conjugale 298

13. Présentation d'un cas clinique 299
13.1. Affronter les nombreux démons vieux de 40 ans 299
13.2. La démarche thérapeutique 301
14. Les défis de l'intervenant novice 308
15. L'état de la recherche 310
Conclusion 310
Références 311

Chapitre 6

L'ÉVALUATION ET LA MODIFICATION DES COGNITIONS EN THÉRAPIE CONJUGALE

Une approche cognitive-comportementale contextuelle 313
Norman B. Epstein, Donald H. Baucom et John Wright
1. Modèles de l'intervention cognitive auprès des couples 315
2. Types de cognitions présentes dans les relations de couple 317
2.1. Une typologie des cognitions dans la thérapie de couple d'approche cognitive-comportementale enrichie 318
3. Évaluation des cognitions 322
3.1. Questionnaires d'évaluation des cognitions relationnelles 323
3.2. Entrevues conjointes avec les partenaires 326
3.3. Entrevues individuelles 333
4. Interventions pour la modification des cognitions 334
4.1. Présentations didactiques éducationnelles 334
4.2. Investigation sur les cognitions 336
4.3. Expérimentations comportementales pour la production d'informations nouvelles sur les cognitions 337
4.4. Évaluation des avantages et des inconvénients d'une cognition 340
4.5. Considérer le pire scénario prédit par les attentes négatives 342
4.6. Interventions visant à augmenter la pensée relationnelle 344
4.7. Augmentation du niveau de conscience des partenaires de leurs comportements généraux découlant de situations diverses 347
4.8. L'intégration des interventions cognitives, comportementales et affectives afin de modifier les cognitions 348
5. La thérapie conjugale cognitive-comportementale : état empirique 352
6. Applications futures 354
Conclusion 354
Références 355

Partie 2
APPLICATIONS SPÉCIFIQUES

Chapitre 7

SEXUALITÉ ET DYSFONCTION SEXUELLE 361
Sophie Bergeron, Nili Benazon, Mélanie Jodoin et Mélanie Brousseau

1. Brève histoire de la sexothérapie conjugale 362
1.1. Les fondateurs : Masters et Johnson 362
1.2. Dichotomie entre le sexuel et le relationnel 363
1.3. Objectifs du chapitre 363

2. Dysfonctions sexuelles : prévalence, étiologie et survol des principaux traitements 364
2.1. Le trouble du désir sexuel 364
2.2. Les troubles de l'excitation et de l'orgasme chez la femme 366
2.3. La dyspareunie et le vaginisme 367
2.4. Le trouble érectile 368
2.5. Le trouble de l'éjaculation précoce 369
2.6. Le trouble de l'orgasme chez l'homme 371
2.7. Conclusion 371

3. Sexualité atypique : description clinique et traitement 371
3.1. Les comportements sexuels atypiques 372
3.2. Le traitement en thérapie de couple 373

4. Comment travailler avec des couples aux prises avec des problèmes sexuels : principes généraux 375
4.1. Pourquoi est-ce difficile pour les intervenants de parler de sexualité avec les couples qui les consultent ? 375
4.2. L'évaluation des dysfonctions sexuelles chez le couple 376
4.3. La phase initiale de la sexothérapie de couple : alliance thérapeutique, formulation des objectifs et éducation à la sexualité 380
4.4. Les principales stratégies d'intervention 384
4.5. Les obstacles et les difficultés 388

5. Tendance actuelle en sexothérapie de couple : médicalisation de la sexualité 391

Conclusion : réflexion sur les défis posés par la sexothérapie de couple 393

Références 394

Chapitre 8

L'INTERVENTION AUPRÈS DES COUPLES DE MÊME SEXE 397
Nicole Tremblay, Christiane Fortier, Annie Leblond-de Brumath et Danielle Julien

1. L'approche affirmative 399
2. Attitudes, orientation sexuelle et compétences du thérapeute 399
2.1. Attitudes du thérapeute 399
2.2. Orientation sexuelle du thérapeute 400
2.3. Compétences du thérapeute 401
3. Démarche suggérée 402
4. Caractéristiques particulières des couples de même sexe : évaluation et interventions 404
4.1. Hétérosexisme et stress lié à l'homophobie 404
4.2. Développement de l'identité homosexuelle et homophobie intériorisée 406
4.3. Divulgation aux tiers (le *coming out*) 409
4.4. Soutien social 411
4.5. Socialisation des rôles sexuels et équilibre entre les besoins d'intimité et d'autonomie 414
4.6. Socialisation des rôles sexuels et communication 417
4.7. Partage des tâches 419
4.8. Sexualité 420
4.9. Violence conjugale 423
4.10. Facteurs de risque individuels associés 427
4.11. Parentalité 427
4.12. Couples de même sexe et minorité ethnique 430
5. Exemple de cas clinique 431
Conclusion 436
Références 437

Chapitre 9

L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA VIOLENCE CONJUGALE 445
Yvan Lussier, John Wright, Marie-France Lafontaine, Audrey Brassard et Norman B. Epstein

1. État des connaissances sur la violence conjugale 446
1.1. Définitions 446
1.2. Portrait statistique 447
1.3. Modèles typologiques de la violence conjugale 448
2. Évaluation de la présence et de la gravité de la violence conjugale 455
2.1. Déroulement de l'évaluation 459

2.2. Modèle décisionnel pour le choix de la thérapie conjugale 463
2.3. Présentation des résultats de l'évaluation 465
2.4. Options cliniques en présence de la violence conjugale dangereuse 467
2.5. Avantages et inconvénients de la thérapie de couple en présence de violence physique (TCVP) 468

3. Intervention en présence de violence conjugale 469
3.1. Thérapie individuelle 470
3.2. Thérapie de couple 470

4. Gestion clinique des séances de TCV 497

Conclusion 498

Références 499

Chapitre 10

COUPLES ET TROUBLES ANXIEUX
Évaluation et intervention 507
Claude Bélanger, Andréa G. Leduc, Steffany Fredman, Ghassan El-Baalbaki et Donald H. Baucom

1. Troubles anxieux et relation de couple 507

2. Patrons d'interaction anxieux et relation de couple 508
2.1. Patron basé sur la dépendance et la codépendance 509
2.2. Patron basé sur le contrôle 510
2.3. Impact des patrons anxieux sur la planification de l'intervention conjugale 510

3. Modèle fonctionnel de la relation conjugale en présence de troubles anxieux 511
3.1. Premier circuit : le rapport coûts-bénéfices dans le maintien du trouble (1-2 ; a-b) 511
3.2. Deuxième circuit (combinaison) : le rapport coûts-bénéfices dans la décision commune de briser le patron anxieux (1-3 ; a-c) 513
3.3. Troisième circuit : le rapport coûts-bénéfices lorsque seul le conjoint anxieux veut changer (1-3 ; a-b) 513
3.4. Quatrième circuit : le rapport coûts-bénéfices quand seul le conjoint non anxieux exige le changement (1-2 ; a-c) 514

4. Troubles anxieux en lien avec le dysfonctionnement de la relation maritale 514
4.1. Trouble panique et relation de couple 514
4.2. Trouble d'anxiété sociale et relation de couple 516
4.3. Trouble d'anxiété généralisée et relation de couple 517
4.4. Trouble obsessif compulsif et relation de couple 519
4.5. Trouble de stress posttraumatique et relation de couple 521

5. Intervention de couple lorsque l'un des partenaires souffre de trouble anxieux 525
5.1. Différents scénarios d'intervention en couple lorsqu'un partenaire présente un trouble anxieux 525
5.2. Évaluation et traitement 527
Résumé et conclusion 536
Références 536

Chapitre 11

TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET PROBLÈMES CONJUGAUX 541
Catherine Bégin et Annie Aimé
1. Présentation des principaux troubles des conduites alimentaires 542
2. Facteurs de développement et de maintien 542
3. Couple dont l'un des partenaires présente un TCA 543
4. Conjoints 543
4.1. Victimes ou architectes du TCA de leur partenaire ? 543
4.2. Les trois principaux types de conjoints 545
5. Fonctions possibles du TCA dans le couple 545
5.1. Distraction d'autres problèmes 546
5.2. Reproduction de problèmes non résolus 547
5.3. Lutte pour le pouvoir 547
5.4. Évitement de l'intimité et de la sexualité 549
5.5. Diminution du risque de fertilité et d'enfantement 550
6. Évaluation et traitement du couple dont la conjointe souffre de TCA 551
6.1. Pertinence du suivi en couple 551
6.2. Informations cliniques essentielles à évaluer 553
6.3. Traitement 559
6.4. Défis du travail auprès des couples présentant un TCA 562
6.5. Illustration clinique 569
Conclusion 577
Références 577

Chapitre 12

INTERVENTION AUPRÈS DES COUPLES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES 581
Marianne Saint-Jacques et Louise Nadeau
1. Les données épidémiologiques 582
1.1. La consommation de substances psychoactives au Canada 582

2. La consommation, la détresse psychologique et l'insatisfaction conjugale .. 583
2.1. Les effets neurotoxiques des substances 584
2.2. Les troubles mentaux concomitants 585
2.3. La négligence et les agressions dans l'enfance 585
2.4. Tableau clinique du couple dont la consommation est inadaptée 586
3. L'évaluation du consommateur et de son conjoint 590
3.1. Les divers motifs de consultation : plusieurs scénarios possibles 591
3.2. L'évaluation 594
4. Les interventions 600
4.1. Les interventions brèves 600
4.2. La thérapie conjugale centrée sur la consommation 603
4.3. Les interventions visant la diminution et la stabilisation de la consommation 604
4.4. Les interventions centrées sur l'alcool 607
4.5. Les interventions visant l'amélioration de la relation conjugale 613
4.6. Les interventions visant le maintien à long terme des changements 616
Conclusion 617
Références 617

Chapitre 13

COUPLES ET DÉPRESSION
Évaluation et intervention 623
Claude Bélanger, Ghassan El-Baalbaki, Andréa G. Leduc et James Coyne

1. La dépression 624
1.1. Prévalence et définition 624
1.2. Facteurs de risque généraux 625
1.3. Les variables personnelles et interpersonnelles en jeu dans la dépression 626
2. La dépression et la détresse maritale 627
3. L'évaluation des couples présentant une problématique de dépression 629
4. L'intervention de couple lorsque l'un des partenaires souffre de dépression 633
4.1. Une comparaison des traitements : ce qu'en dit la recherche 633
4.2. Le traitement 636
Conclusion 650
Références 651

Chapitre 14

COUPLES AUX PRISES AVEC L'INFERTILITÉ 657
Michael J.L. Sullivan, Heather Adams et Nathalie Gauthier

1. Comprendre l'infertilité 659
1.1. Causes de l'infertilité 661
1.2. Gestion médicale de l'infertilité 662

2. Psychologie de l'infertilité 663
2.1. Influences psychologiques sur la conception 663
2.2. Conséquences psychologiques de l'infertilité 663

3. Thérapie pour les couples aux prises avec l'infertilité 665
3.1. Information de base et justification 665
3.2. Structure du programme et orientation conceptuelle 667
3.3. Évaluation 669
3.4. Faciliter le dévoilement 671
3.5. Explorer la nature et le sens des pertes associées à l'infertilité 672
3.6. Augmenter la compréhension réciproque des stress de l'infertilité 674

4. Exemples de cas 676
4.1. Marie et Jaques 676
4.2. Suzanne et Marc 680
4.3. Joanne et Tom 686

Analyse 688

Références 691

Chapitre 15

LA MÉDIATION FAMILIALE
Un champ novateur de pratique qui balise les rapports entre les parents après la rupture 697
Gérald Côté

1. Accompagner un couple en train de se dissoudre 698
1.1. Se séparer en allant en médiation 699
1.2. Développement de la médiation familiale 699
1.3. Responsabiliser les parents dans la réorganisation familiale 700

2. Les aspects psychologiques de la séparation 702
2.1. Adaptation des enfants à la séparation 703
2.2. Adaptation des adultes à la séparation 704
2.3. Typologie des couples en instance de séparation 707

3. Gestion d'entrevue et sélection des cas 708
3.1. Entrevue d'information et d'évaluation 709
3.2. Conditions d'un mandat clair de médiation familiale 711

3.3. Séminaire de parentalité après la rupture 712
3.4. Mandat de thérapie de séparation ou mandat de médiation familiale ?.. 715
4. Modèles d'intervention en médiation familiale 718
4.1. Négociation structurée 719
4.2. Négociation raisonnée 720
4.3. Modèle empirique du processus en médiation familiale 722
Conclusion : Réussir sa séparation 725
Annexe – Formulaire de consentement à la médiation familiale 727
Références 729

Chapitre 16

LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE EN SITUATION D'AGRESSION SEXUELLE INTRAFAMILIALE

Indications, paramètres et limites 731
Alain Perron, Yvan Lussier, John Wright, Tamye Robert, Stéphane Sabourin et Jean-Pierre Paradis

1. Contexte général de l'agression sexuelle 732
1.1. Considérations théoriques 732
1.2. L'agression sexuelle d'un de ses enfants : un phénomène social préoccupant 734
1.3. Définition 735
1.4. Prévalence 736
1.5. Séquelles à court, moyen et long termes des traumatismes sexuels 737
2. Profils typologiques 738
2.1. Caractéristiques de personnalité des hommes ayant commis une agression sexuelle intrafamiliale 739
2.2. Caractéristiques de personnalité des conjointes d'hommes ayant commis une agression sexuelle intrafamiliale 740
2.3. Caractéristiques et dynamique des couples 743
3. Évaluation et traitement des couples de familles incestueuses 748
3.1. Programme d'évaluation et de traitement des situations d'agression sexuelle intrafamiliale 749
4. Études de cas 764
4.1. Phase d'évaluation de Cécile et Roger 766
4.2. Programme de traitement : évolution de Cécile et Roger 768
4.3. Phase d'évaluation de Josée et André 774
4.4. Programme de traitement : évolution de Josée et André 778
4.5. Analyse du processus de traitement dans les deux vignettes 780
Conclusion 781
Références 783

Chapitre 17

LE STATUT EMPIRIQUE DE LA THÉRAPIE CONJUGALE 789
John Wright, Josianne Mondor, Stéphane Sabourin et William Pinsof

1. La TC est-elle efficace pour réduire la détresse conjugale ? 790

2. La TC permet-elle de traiter une pathologie individuelle comorbide à la détresse conjugale ? 796
2.1. La thérapie conjugale et la dépression 796
2.2. La thérapie conjugale et la toxicomanie 798
2.3. La thérapie conjugale et les dysfonctions sexuelles 799

3. Qu'est-ce qu'une TC réussie ? 800

4. Combien de temps les effets de la TC sont-ils maintenus ? 801

5. Pouvons-nous prédire quels couples profiteront de la TC ? 803

6. Quels processus expliquent le changement en TC ? 804

7. Les recherches en TC sont-elles représentatives de la réalité clinique ? 807

8. Comment mener en milieu naturel une pratique de TC inspirée par des données empiriques ? 810

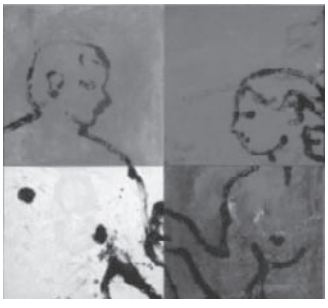
9. Quelles sont les prochaines priorités pour les recherches en TC ? 813

Conclusion 814

Références 815

NOTICES BIOGRAPHIQUES 823

INDEX 833



INTRODUCTION

John Wright, Yvan Lussier et Stéphane Sabourin

La psychothérapie de couple constitue un champ disciplinaire où, depuis une dizaine d'années, les percées théoriques, cliniques et empiriques se succèdent à un rythme accéléré. Ces progrès répondent à des impératifs professionnels pressants. La consultation conjugale est pratiquée par un nombre croissant d'intervenants d'horizons scientifiques multiples, en milieu institutionnel ou en cabinet privé, et les requêtes d'assistance spécialisée provenant de couples en détresse augmentent rapidement. La formation d'une union amoureuse de qualité et durable constitue toujours un objectif personnel de première importance pour une majorité d'individus. La viabilité de ces projets d'union dépend, entre autres, de compétences relationnelles susceptibles de contrer la stagnation, l'érosion et la rupture. Cette capacité d'engagement, d'intimité et de passion confère d'ailleurs plusieurs avantages d'un point de vue économique, médical, psychologique, sexuel et social (Amato, Booth, Johnson et Rogers, 2007).

Dans ce contexte, la contribution soutenue et créatrice des professionnels à la prévention et au traitement des troubles conjugaux mérite d'être soulignée. Les professionnels disposent maintenant d'une connaissance fouillée des facteurs prédisposants et précipitants associés à la détérioration des relations de couple, d'outils diagnostiques complets pour saisir les particularités d'un ensemble de dynamiques conjugales dysfonctionnelles et d'une variété de stratégies d'intervention adaptées aux besoins spécifiques des couples. Ces pratiques standard ont fait leurs preuves et les taux d'efficacité observés justifient un optimisme et un enthousiasme prudents.

La clinique des troubles conjugaux s'est cependant, au fil des ans, considérablement alourdie et complexifiée. C'est de cette évolution que nous désirons rendre compte dans ce *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. La révision périodique des « meilleures » pratiques constitue un élément clé d'une culture de développement continu des compétences spécialisées. En consultation conjugale, ces besoins de mise à jour sont criants.

La fragilité croissante de l'engagement, en dépit de la persistance des modèles sociaux d'unions conjugales à long terme, pose de formidables défis cliniques. Le désarroi causé par les ruptures sérielles, chez des individus où les compétences de séduction se superposent à une forte capacité de détachement, prend des formes multiples : ambivalence marquée, nourrie par des gestes contradictoires, consommation de substances psychoactives, désorganisation des conduites alimentaires, insécurité chronique, paralysie des processus décisionnels, réactions anxieuses ou dépressives, crises suicidaires ou homicidaires, diffusion des rôles, violence psychologique et physique. Ce ne sont là que quelques-uns des symptômes typiques observés en cabinet de consultation.

Par ailleurs, le spécialiste est aussi confronté à des scripts sexuels et à des mises en scène de la passion de plus en plus éclatés. Qu'il s'agisse de consommation frénétique de cyberpornographie, d'atrophie complète de la sensualité ou de comportements, subtils ou non, de coercition et d'impulsivité sexuelle, ces scénarios constituent autant de manifestations de la continuité des rapports de domination et de soumission au sein du couple. La promotion de l'égalité et de la santé sexuelle connaît encore, chez bien des couples, des échecs retentissants.

De même, les dommages collatéraux observés chez les enfants de certains couples aux prises avec de graves mésententes ne peuvent plus être ignorés : accentuation de la dépression chez l'enfant à cause de la négligence des parents ou de leur immersion aveugle dans leurs propres difficultés, intensification du trouble de l'attention ou de la conduite chez un enfant déjà fragile, conduites coercitives et hostiles induisant la terreur chez l'enfant et surimplication émotionnelle d'un des parents auprès de l'enfant pour compenser la pauvreté des échanges affectifs entre les conjoints. L'analyse de ces situations et la réduction des effets négatifs chez l'enfant doivent constituer une source de préoccupation et une priorité d'action.

Enfin, sous la poussée des changements technologiques, économiques et sociaux, la dynamique des relations de couple s'est transformée radicalement. Le pluralisme culturel ambiant, la nouvelle éthique individualiste, les exigences de la conciliation du travail et des obligations familiales ainsi que les percées médicales modernes conduisent à une diversification des choix personnels et familiaux. Par exemple, l'éclosion des unions homosexuelles et des relations entre conjoints d'origine ethnique différente, l'accession massive des femmes au monde du travail et aux professions libérales, ainsi que l'atteinte de la maternité à un âge tardif ou par assistance médicale créent des

stresseurs conjugaux et des tensions inédites. La gestion professionnelle de ces nouvelles réalités familiales exige une profondeur peu commune sur les plans de l'ouverture et de l'empathie. En conséquence, le spécialiste en psychothérapie de couple doit aussi procéder à une mise à jour continue de ses connaissances en démographie et en sociologie de la famille.

La prévalence et la gravité de ces phénomènes ont forcé une réorganisation majeure des protocoles traditionnels de psychothérapie du couple : recentrage des modèles étiologiques et des priorités diagnostiques, enrichissement et révision des critères de pronostic, négociation de mandats d'intervention mieux adaptés aux caractéristiques singulières et aux besoins de la clientèle, mise au point de pratiques innovantes et de systèmes de monitorat du processus et des résultats des traitements. En règle générale, les théories monolithiques cèdent le pas à des conceptions intégratives superposant des connaissances issues de l'ensemble des sciences sociales. Ces transformations de la pratique professionnelle sont répertoriées dans quelques ouvrages généraux récents, publiés par des collègues anglo-saxons (Gurman et Jacobson, 2002 ; Snyder et Whisman, 2003). Il existe aussi maintenant d'excellents guides de pratique, en langue anglaise, spécifiques à une école théorique particulière (Epstein et Baucom, 2002 ; Johnson, 2004). Dans ce contexte, entre les ouvrages généraux et les manuels de traitements centrés sur une seule approche, la nécessité d'un guide intégré des normes de pratique, accessible au clinicien, et n'excluant aucun des principaux modèles thérapeutiques, ressort clairement. C'est ce vide que notre *Manuel clinique des psychothérapies de couple* vient, en partie, combler. Il s'appuie sur les recherches et les pratiques cliniques de pointe mises de l'avant par des spécialistes de la thérapie de couple américains et canadiens de langue anglaise, dont certains ont participé à la rédaction de chapitres dans le présent ouvrage. Au surplus, non seulement ce manuel répond aux exigences linguistiques du lecteur de langue française, mais il tient compte des réalités culturelles québécoises et canadiennes. En effet, le présent manuel est le fruit de recherches cliniques réalisées par les différents auteurs des chapitres et de partenariats d'intervention développés par les trois directeurs de cet ouvrage en collaboration avec des milieux de pratiques et soutenus par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC) et les bureaux de la recherche de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université Laval.

Ce manuel est destiné à l'ensemble des professionnels en santé mentale. Qu'ils œuvrent en psychologie clinique, en travail social, en sexologie, en psychoéducation, en médecine, en psychiatrie ou en criminologie, ces spécialistes rencontrent, à divers titres, des individus aux prises avec des problèmes de couple. Tous ne s'impliquent pas en psychothérapie de couple. Malgré tout, le livre peut s'avérer utile à plusieurs catégories de lecteurs.

Le premier groupe comprend les intervenants en première ligne. Ceux-ci offrent des services psychosociaux généraux à des clientèles variées ; la structure des soins y est légère et les moyens diagnostiques et thérapeutiques à leur disposition, limités. Le présent ouvrage vise à les sensibiliser aux manifestations, parfois complexes, de la détresse conjugale. Nous désirons aussi leur proposer un cadre préliminaire d'évaluation et d'intervention pour effectuer du dépistage ou du triage et pour offrir une assistance professionnelle à court terme en situation de crise.

Le deuxième groupe de lecteurs est formé des spécialistes de la psychothérapie individuelle et des jeunes professionnels qu'ils encadrent. Ceux-ci tireront profit de l'analyse diagnostique complète des sources individuelles et interactionnelle de la détresse conjugale. La cooccurrence des troubles mentaux individuels et des troubles conjugaux est de mieux en mieux documentée (Whisman et Uebelacker, 2006). Ce manuel les guidera dans leurs efforts de coordination et de hiérarchisation des programmes de traitement offerts à certaines clientèles-cibles à haut risque de comorbidité de problèmes personnels et conjugaux.

Le troisième groupe de lecteurs est composé des professionnels chez qui la psychothérapie de couple constitue un champ de spécialisation et de leurs apprentis. Le *Manuel clinique des psychothérapies de couple* propose des solutions concrètes à des dilemmes diagnostiques et thérapeutiques préoccupants. Ces stratégies s'inspirent d'éléments tirés, à des degrés divers, des quatre principales approches en thérapie conjugale : cognitive-comportementale, centrée sur les émotions, systémique et psychodynamique. Sans présenter tous ces modèles, nous recommandons de tirer parti des pratiques convergentes et de la pluralité des niveaux théoriques d'analyse pour résoudre les problèmes cliniques les plus exigeants. La complexité des déterminants de la détresse conjugale exige parfois de sortir des sentiers battus sur les plans tant théorique que clinique. Il importe de s'inspirer des découvertes scientifiques récentes, même lorsqu'elles vont à l'encontre de nos idées préconçues.

Ce livre suscitera aussi, pour diverses raisons, une nouvelle vague d'hypothèses de recherche clinique. Premièrement, le manuel s'inspire des pratiques diagnostiques et thérapeutiques fondées sur des données probantes. La plupart des compétences génériques enseignées font l'objet d'un vaste consensus scientifique et les recommandations qui s'en écartent sont formulées à partir de critères opérationnels vérifiables. Plusieurs questions d'intérêt ressortent de ces avis et pourront être soumises à de rigoureux processus d'investigation. Deuxièmement, la psychothérapie de couple est un secteur d'activité professionnelle propice à la confrontation des modèles et au dialogue entre les chercheurs. Cette observation est confirmée par de nombreux experts (Gurman et Fraenkel, 2002 ; Pinsof, 2002). Le présent ouvrage ne fait pas exception et la multiplicité des points de vue théoriques et cliniques se répercutera sur le dynamisme des recherches empiriques futures. Enfin, troisièmement, la richesse du matériel clinique

présenté servira de point de départ à la poursuite du dialogue entre chercheurs et cliniciens. Les découvertes scientifiques en sciences sociales sont en partie rythmées par un examen minutieux de la pratique professionnelle.

Le *Manuel clinique des psychothérapies de couple* prend appui sur quatre postulats généraux qui mettent en relief l'originalité de notre démarche.

1er POSTULAT
La psychothérapie de couple constitue, en soi, un champ disciplinaire spécialisé, et le développement de l'expertise requiert une formation de pointe

Cette activité professionnelle repose sur un ensemble de compétences théoriques et cliniques à maîtriser avant de procéder à l'évaluation et au traitement de couples dysfonctionnels. Le modèle intégré présenté dans le présent ouvrage s'appuie sur une vision multidimensionnelle de l'étiologie, du diagnostic et de l'intervention auprès du couple. Cette approche aidera le lecteur à démonter le ressort complexe des dynamiques conjugales. De plus, puisque le texte s'inspire d'une révision des « meilleures pratiques », il améliorera nettement le répertoire des compétences génériques de l'intervenant auprès de diverses populations en détresse conjugale. Toutefois, notre manuel ne représente qu'une des composantes d'un programme complet de développement des pratiques en psychothérapie de couple. Ce curriculum comprend aussi une série de cours pertinents, des travaux pratiques adaptés et une supervision professionnelle continue de plusieurs cas de complexité croissante. Le novice accepte parfois d'évaluer et de traiter des couples sans avoir suivi une formation adéquate. Ce type d'aventure, plus souvent qu'autrement, mène à diverses impasses et nuit au bien-être de tous les acteurs impliqués (Coleman, 1985). Il appartient à l'intervenant de déterminer s'il possède la formation préalable et la qualité de l'encadrement susceptibles de produire des résultats bénéfiques.

2e POSTULAT
La psychothérapie conjugale fondée sur des données probantes s'inspire surtout de quatre écoles de pensée

La consultation des méta-analyses les plus récentes (Shadish et Baldwin, 2005 ; Wright, Sabourin, Mondor, McDuff et Mamodhoussen, 2007) montre que la psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale et la psychothérapie de couple centrée sur les émotions jouissent d'un soutien empirique favorable. Les résultats de quelques études randomisées révèlent aussi la valeur des approches systémiques et psychodynamiques auprès des couples et des familles. En conséquence, bien que nos collègues nord-américains (Gurman et Jacobson, 2002) cherchent à initier les praticiens expérimentés et novices à une douzaine d'écoles de psychothérapie de couple, nous adoptons,

dans le présent ouvrage, une vision plus pragmatique se limitant aux quatre orientations théoriques évoquées plus haut. Le large spectre des problèmes de couple et les besoins de service particulier des différentes clientèles ne sont pas évalués et traités adéquatement dans le cadre d'une seule approche. Le repérage et la modification des patrons d'interaction conjugaux, qu'ils soient hautement volatils ou stéréotypés, nécessitent le recours à des processus inférentiels puisant à diverses sources conceptuelles. Le brouillage systématique de la communication, la superposition des messages verbaux et corporels contradictoires de même que leur évolution subtile au fil de la relation sont plus faciles à appréhender à l'intersection des schémas cognitif-comportemental, centré sur les émotions, systémique et psychodynamique. Ces emprunts deviennent parfois essentiels, surtout lorsque l'intervenant n'élimine pas de sa pratique les cas complexes.

3e POSTULAT
La phase diagnostique, au sein du modèle proposé, revêt une importance cruciale

L'exploration systématique de multiples sphères de la vie conjugale et le développement d'hypothèses cliniques axées sur l'enchevêtrement de ces niveaux d'analyse augmentent sensiblement la durée de la période diagnostique. Les séances conjointes, les entretiens individuels, l'observation directe de l'interaction, les questionnaires et les fiches d'auto-observation constituent les outils de base de l'évaluation de la dynamique du couple. La démarche présentée respecte les pratiques cognitive-comportementale et psychodynamique mais, quant à sa durée, elle se distingue nettement de celles en vigueur chez les spécialistes d'orientation systémique ou centrée sur les émotions. Les exigences du diagnostic différentiel, l'examen clinique des principaux signes de la détresse conjugale, la préparation d'une analyse des causes immédiates, intermédiaires et lointaines des problèmes de couple, ainsi que le choix d'un mandat et d'objectifs thérapeutiques adaptés constituent quelques-unes des tâches diagnostiques qui expliquent la nette démarcation de l'évaluation et du traitement dans le protocole élaboré au sein du présent ouvrage. Nous formulons l'hypothèse que l'extension de la durée de la phase diagnostique contribue à une meilleure planification du traitement, à une plus grande efficacité des interventions et à une diminution des interruptions prématurées de la psychothérapie de couple.

4e POSTULAT
La psychothérapie de couple auprès de clientèles difficiles doit tenir compte de la cooccurrence des troubles mentaux et conjugaux

Sous l'impulsion de vastes études épidémiologiques (Whisman et Uebelacker, 2006) et d'enquêtes menées auprès de spécialistes en psychothérapie de couple (Northey, 2002 ; Whisman, Dixon et Johnson, 1997), la cooccurrence des troubles mentaux et des

troubles conjugaux ne peut désormais plus être ignorée. La forte interpénétration des problèmes de santé physique, mentale et conjugale constitue un fait scientifique bien établi. Dans le présent ouvrage, l'intérêt s'est porté sur cinq troubles fréquents : les troubles dépressifs, les troubles d'abus et de dépendance aux substances psychoactives, les troubles anxieux, les troubles des conduites alimentaires et l'infertilité. La présence d'un nombre croissant de couples aux prises avec ces tableaux cliniques complexes en cabinet de consultation justifie ces choix. Évidemment, cette liste est limitée et d'autres troubles mentaux auraient pu s'y ajouter (Snyder et Whisman, 2003). Nous avons opté pour une analyse en profondeur de quelques difficultés circonscrites afin de mieux illustrer les stratégies employées pour résoudre les dilemmes professionnels les plus répandus : l'équilibre délicat des rapports étiologiques entre les responsabilités individuelles et conjointes, la gestion de l'alliance en présence d'un patient identifié, l'examen des gains secondaires majeurs associés à certains troubles sur le plan de la dynamique conjugale, le rôle de la médication au sein des protocoles thérapeutiques et la coordination parfois difficile des traitements individuels et conjugaux. Certains de ces enjeux s'appliquent à tous les cas de comorbidité alors que d'autres sont spécifiques à des troubles bien précis.

Cet ouvrage comporte 17 chapitres. Le chapitre 1, rédigé par Sabourin et Lefebvre, examine la diversité des modèles étiologiques de la détresse conjugale. Les auteurs y offrent une vision intégrée des troubles conjugaux, en s'inspirant d'un schéma psychopathologique descriptif centré sur l'engagement, l'intimité et la passion. Dans le chapitre 2, Sabourin, Lorange, Wright, Lefebvre et Poitras-Wright se consacrent à la présentation des diverses composantes d'un protocole d'évaluation diagnostique fondé sur des données probantes. L'objectif consiste à illustrer les principes d'application du schéma psychopathologique exposé au chapitre 1 pour guider le processus d'évaluation en psychothérapie de couple. Le chapitre 3 porte sur les dimensions déontologiques de la pratique professionnelle auprès de couples. La professeure Bouchard y présente une série de situations critiques ainsi qu'un ensemble de solutions à ces problèmes typiques. La gestion inadéquate de ces multiples défis se répercute négativement sur le bien-être des conjoints, sur le développement de stratégies d'intervention destinées aux clientèles vulnérables et sur la carrière de l'intervenant. Les poursuites déontologiques et juridiques constituent des stresseurs au long cours, et diverses mesures peuvent être prises pour réduire ces risques.

Dans le chapitre 4, Wright, Sabourin, Lussier et Poitras-Wright présentent un examen détaillé de la psychothérapie de couple cognitive-comportementale. Ce modèle dispose du soutien d'une quarantaine de recherches évaluatives qui démontrent son efficacité. La pratique cognitive-comportementale mérite donc d'occuper une place de premier choix dans l'arsenal thérapeutique des intervenants, qu'ils soient débutants ou expérimentés (Sexton, Alexander et Mease, 2004). Elle est facilement accessible et elle a été appliquée aux problèmes conjugaux les plus exigeants. Cependant, puisqu'une majorité des études effectuées sur l'issue de ce traitement ont été menées en milieu

universitaire contrôlé, auprès de couples sélectionnés selon des critères précis, le spécialiste en milieu naturel ne peut tenir pour acquis qu'il obtiendra des taux de succès comparables. Le chapitre 5, rédigé par Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras et Denton, traite de la psychothérapie de couple centrée sur les émotions. Introduite vers la fin des années 1980 par Susan Johnson et ses collègues, cette approche innovatrice jouit elle aussi d'un statut empirique et clinique enviable. Elle s'avère un facteur de contrepoids intéressant aux pratiques centrées presque exclusivement sur les dimensions cognitives et comportementales de l'interaction conjugale. L'intégration des théories humanistes et systémiques dans le contexte des théories de l'attachement rejoint un nombre croissant d'intervenants. La représentativité clinique des études menées sur l'efficacité de ce traitement soulève aussi, tout comme dans le cas précédent, des questions qui devront être approfondies.

Le chapitre 6 représente un remarquable travail d'approfondissement des stratégies d'intervention cognitive en psychothérapie de couple. Le jeu complexe des attentes d'efficacité, des croyances irrationnelles, des schémas cognitifs et des normes personnelles exacerbe les problèmes du couple. Bien qu'initialement, ce travail prenait souvent les allures d'un traitement individuel en présence du partenaire (Beck, 1988 ; Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia et DiGiuseppe, 1989), Epstein, Baucom et Wright présentent une approche dynamique intégrée où la coordination des facteurs cognitifs chez les conjoints fait l'objet d'une attention soutenue. Le chapitre 7 traite de la sexualité et des dysfonctions sexuelles. En proposant l'unification des psychothérapies sexuelles et relationnelles, Bergeron, Benazon, Jodoin et Brousseau procèdent à une remise en question radicale des paradigmes traditionnels. Le clinicien y apprend à mener de front des interventions chevauchant les sphères individuelle, sexuelle et conjugale. L'analyse des obstacles et des solutions aux réticences vis-à-vis ce type de travail mène ensuite à une analyse de la sexualité atypique et à un examen des débats contemporains sur la médicalisation de la sexualité.

Le chapitre 8, proposé par Tremblay, Fortier, Leblond-de Brumath et Julien, est consacré à l'intervention auprès de couples du même sexe. La consultation des recherches montre le dynamisme, la diversité et la richesse des unions homosexuelles. En plus de l'arsenal thérapeutique classique, grâce aux auteurs, le spécialiste dispose maintenant d'outils rigoureux pour diagnostiquer et traiter les répercussions du contexte social hétérosexiste dans lequel les couples de même sexe se développent et se maintiennent. La stigmatisation et le dénigrement des comportements et de l'identité des personnes gaies et lesbiennes créent des problématiques conjugales uniques et leur approche nécessite des compétences particulières. Le chapitre 9, rédigé par Lussier, Wright, Lafontaine, Brassard et Epstein, porte sur les pratiques diagnostiques et thérapeutiques standard et sécuritaires à employer en matière de violence conjugale. En dépit de changements sociaux récents, la prévalence des conduites de violence physique, psychologique et sexuelle demeure préoccupante. Plus de la moitié des couples qui consultent ont vécu des épisodes de violence. En plus des risques suicidaires et homicidaires, ces

comportements engendrent une détresse clinique significative chez les enfants. Les auteurs édictent les règles de l'art à respecter pour mieux gérer ces situations explosives et ils dressent un répertoire complet des actions à accomplir qui font consensus dans le domaine.

Le chapitre 10 examine une variété de patrons de comportements individuels et dyadiques pathogènes chez des couples où l'un des conjoints souffre d'un trouble anxieux. Ces dynamiques nuisent autant à l'évolution du tableau clinique des problèmes d'anxiété que des mésententes conjugales. Les auteurs, Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki et Baucom, prônent trois stratégies de traitement originales : l'intervention assistée du partenaire, l'intervention maritale spécifique au trouble anxieux et la psychothérapie de couple. Ces traitements prennent en compte la diversité et la complexité des mécanismes étiologiques en cause. Le chapitre 11 est consacré à la jonction des troubles de la conduite alimentaire et de la psychothérapie de couple. L'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie constituent des troubles mentaux graves qui nuisent non seulement au processus de formation d'union, mais aussi à la qualité et à la stabilité des relations de couple. Bégin et Aimé accomplissent un tour de force en introduisant un programme d'intervention concret, inspiré principalement des approches psychodynamiques. La psychothérapie de couple d'orientation psychodynamique jouit du soutien préliminaire de quelques études randomisées (Christensen, Baucom, Vu et Stanton, 2005). Son application aux dynamiques de couple marquées par la restriction et/ou l'impulsivité alimentaire représente une percée scientifique et clinique remarquable.

Le chapitre 12 porte sur la spécificité des psychothérapies de couples entreprises lorsque l'un des conjoints souffre d'alcoolisme ou de toxicomanie. Le modèle d'évaluation et d'intervention proposé par Saint-Jacques et Nadeau s'inspire de pratiques nord-américaines fondées sur des données probantes (O'Farrell et Fals-Stewart, 2006) qu'elles ont enrichi à même leur vaste expérience clinique et leurs recherches auprès de cette clientèle. Il vient combler de sérieuses lacunes chez l'intervenant qui n'examine pas avec suffisamment de soin les patrons de consommation problématique des conjoints, qu'ils consultent en milieu institutionnel ou en cabinet privé. Le chapitre 13 traite de la cooccurrence des troubles dépressifs et conjugaux. La prévalence de cette forme de comorbidité et le recours répandu aux antidépresseurs forcent l'élargissement des compétences cliniques de l'intervenant. Bélanger, El-Baalbaki, Leduc et Coyne y exposent les conceptions contemporaines des rapports complexes entre la dépression et la détresse conjugale. Ils proposent aussi des ajustements significatifs aux protocoles d'intervention traditionnels pour en assurer l'efficacité.

Le chapitre 14, rédigé par Sullivan, Adams et Gauthier, se particularise par l'introduction d'une pratique de consultation spécifiquement adaptée aux besoins des couples qui consultent en clinique de fertilité. Les difficultés de conception d'un enfant frappent souvent au cœur de l'identité et elles provoquent, au moins temporairement, un bouleversement des rôles conjugaux. Les auteurs fournissent des outils concrets d'intervention à court terme pour prévenir l'émergence de problèmes personnels et

conjugaux cliniquement significatifs. Le chapitre 15, rédigé par l'un des pionniers du modèle québécois, Gérald Côté, traite d'une pratique pluridisciplinaire de la médiation familiale dite globale. Ce champ d'intervention novateur balise les rapports entre les parents après la rupture. Il s'appuie sur une analyse typologique des couples en instance de séparation, des patrons de réactions psychosociales observées pendant la rupture et à la suite de celle-ci, et des principaux modes de négociation du médiateur. La désunion représente, chez bien des couples, l'issue la plus réaliste et la plus conforme aux désirs et aux besoins des parties en cause. Les manuels de psychothérapie de couple n'examinent généralement pas ces formes de consultation visant la responsabilisation des parents dans la gestion de la réorganisation de la vie familiale. Nous croyons cependant que la prévalence élevée des dissolutions d'union, y compris chez les couples en traitement, justifie l'exploration de cette solution et des compétences professionnelles qui s'y rattachent.

Le chapitre 16 traite d'une conduite déviante, l'agression sexuelle commise par l'un des conjoints du couple à l'endroit d'un ou des enfants de la famille. Les auteurs, Perron, Lussier, Wright, Robert, Sabourin et Paradis, dont certains cumulent plus de 25 années d'expérience dans ce domaine, décrivent un programme d'intervention original en centre jeunesse, à l'intérieur duquel la dynamique conjugale occupe une place stratégique. Ce programme, qui a fait ses preuves au fil des ans, offre des balises cliniques importantes en ce qui a trait à l'évaluation et au traitement des agressions sexuelles en prenant en compte la modification des dysfonctions conjugales et la normalisation des rapports intimes entre adultes.

L'ouvrage s'achève sur un chapitre traitant de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie de couple. Cette pratique professionnelle s'est acquis une crédibilité scientifique enviable, fondée sur une cinquantaine d'essais cliniques contrôlés examinés au chapitre 17. L'analyse de ce corpus de connaissances proposée par Wright, Mondor, Sabourin et Pinsof révèle que la psychothérapie de couple cognitive-comportementale et la psychothérapie de couple centrée sur les émotions ont maintenant atteint le statut de traitements bien établis, fondés sur des données probantes. La psychothérapie de couple psychodynamique ou centrée sur l'*insight*, bien qu'elle n'ait pas été étudiée aussi souvent, est identifiée comme un traitement utile et probablement efficace. Ces conclusions rejoignent celles d'experts indépendants (Christensen *et al.*, 2005 ; Sexton *et al.*, 2004 ; Snyder, Castellani et Whisman, 2006) et justifient le déploiement d'efforts systématiques de dissémination de ces programmes d'intervention auprès des divers groupes d'intervenants, néophytes ou expérimentés, en milieu institutionnel ou en cabinet privé. Des recherches récentes montrent aussi que les résultats positifs observés sont généralisables à des couples où l'un des conjoints souffre de l'un de ces troubles mentaux : agoraphobie, dépendance à l'alcool, dépression, ou d'un problème de santé physique – cancer, douleur chronique et maladies cardiovasculaires (voir aussi Snyder *et al.*, 2006).

La rédaction de ce *Manuel clinique des psychothérapies du couple* a nécessité la collaboration d'un bon nombre d'auteurs québécois, canadiens et américains. Nous les remercions vivement et nous souhaitons souligner le talent, la créativité et la persévérance de ces spécialistes. Nous désirons aussi remercier les collègues, cliniciens et chercheurs ainsi que les nombreux étudiants qui, au fil des ans, ont participé activement à l'élaboration de cette réflexion sur l'évaluation et le traitement des couples en détresse. Cet effort collectif démontre la vitalité de ce champ disciplinaire que constitue la psychothérapie de couple et la nécessité de construire de solides passerelles entre les secteurs parallèles d'expertise de spécialistes d'horizons divers. L'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes souffrant de détresse conjugale dépend en bout de ligne de ces efforts de fertilisation croisée des pratiques d'orientations diverses. Enfin, nous souhaitons que la richesse du matériel clinique présenté dans le présent ouvrage puisse susciter des réflexions et mener à l'éclosion de nouveaux outils d'évaluation et d'intervention, ainsi qu'à la publication d'autres manuels cliniques spécialisés complémentaires.

RÉFÉRENCES

Amato, P.R., Booth, A., Johnson, D.R. et Rogers, S.J. (2007). *Alone Together : How Marriage in America Is Changing*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

Beck, A.T. (1988). *Love is Never Enough,* New York, Harper and Row.

Coleman, S.B. (1985). *Failures in Family Therapy,* New York, Guilford.

Christensen, A., Baucom, D.H., Vu, C. et Stanton, S. (2005). « Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy », *Journal of Family Psychology, 19*, p. 6-17.

Ellis, A., Sichel, J.L., Yeager, R.J., DiMattia, D.J. et DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive Couples Therapy*, New York, Pergamon Press.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach*, Washington, American Psychological Association.

Gurman, A.S. et Fraenkel, P. (2002). « The history of couple therapy : A millennial review », *Family Process, 41*, p. 199-260.

Gurman, A.S. et Jacobson, N.S. (dir.) (2002). *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd., p. 308-334), New York, Guilford.

Johnson, S.M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection,* New York, Routledge.

Northey, W.F. (2002). « Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists : A national survey », *Journal of Marital and Family Therapy, 28*, p. 487-494.

O'Farrell, T.J. et Fals-Stewart, W. (2006). « Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse », New York, Guilford.

Pinsof, W.M. (2002). « The death of ''Till Death Us Do Part'' : The transformation of pair-bonding in the 20th Century », *Family Process, 41,* p. 135-157.

Sexton, T.L., Alexander, J.F. et Mease, A.L. (2004). « Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy », dans A.E. Bergin et S.S. Garfield (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e éd., p. 590-646), New York, Wiley.

Shadish, W.R. et Baldwin, S.A. (2005). « Effects of behavioral marital therapy : A meta-analysis of randomized controlled trials », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, p. 6-14.

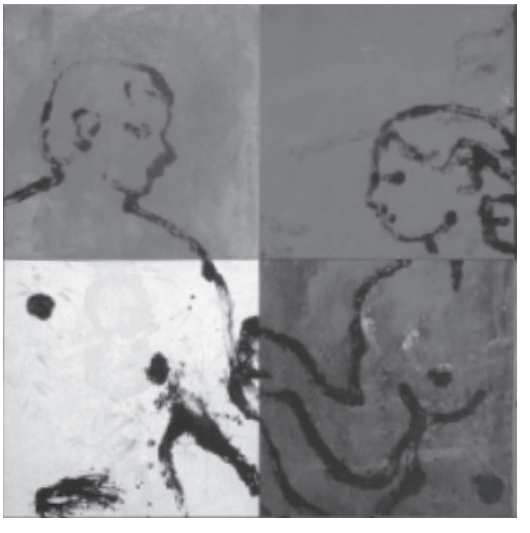
Snyder, D.K., Castellani, A.M. et Whisman, M.A. (2006). « Current status and future directions in couple therapy », *Annual Review of Psychology, 51*, p. 317-344.

Snyder, D.K. et Whisman, M.A. (dir.) (2003). *Treating Difficult Couples : Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders,* New York, Guilford.

Whisman, M.A., Dixon, A.E. et Johnson, B. (1997). « Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy », *Journal of Family Psychology, 11*, p. 361-366.

Whisman, M.A. et Uebelacker, L.A. (2006). « Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults, *Journal of Family Psychology, 20*, p. 369-377.

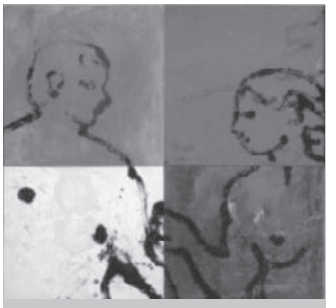
Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P. et Mahmodhoussen, S. (2007). « The clinical representativeness of couple therapy outcome research, *Family Process, 46*, p. 301-316.



PARTIE

1

FONDEMENTS GÉNÉRAUX DES PSYCHOTHÉRAPIES DE COUPLE



CHAPITRE

1

CONCEPTION INTÉGRÉE DES PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES TROUBLES CONJUGAUX[1]

Stéphane Sabourin et Danielle Lefebvre

L'objectif principal du présent texte est d'exposer les fondements théoriques et cliniques qui guident le processus d'évaluation en psychothérapie de couple. Le protocole diagnostique présenté au prochain chapitre est aussi soutenu par les résultats des recherches empiriques contemporaines sur l'étiologie des troubles conjugaux. À ce titre, il respecte les recommandations des spécialistes qui soulignent la nécessité d'adopter des pratiques évaluatives

1. Nous remercions les étudiantes et les étudiants du laboratoire de recherche et d'intervention auprès du couple de l'École de psychologie à l'Université Laval, dont les recherches et les cas cliniques continuent de nourrir notre réflexion sur les troubles conjugaux : Natacha Godbout, Claudia Savard, Annie Boisvert, Kathy Davar, Sébastien Bouchard, de même que Danielle Poirier, Marie-Christiane Michaud et Monique Tremblay, psychologues. Nous remercions tout particulièrement Annie Boisvert pour son assistance technique dans la préparation de ce chapitre.

fondées sur des données probantes (Hunsley et Mash, 2007 ; Snyder, Heyman et Haynes, 2005). Ce chapitre s'inscrit donc au point de jonction de la psychopathologie et de l'évaluation et il regroupe trois sections. L'analyse des modèles étiologiques des problèmes de couple ne peut en effet que difficilement se mener *in abstracto*. La première section est donc consacrée à un ensemble de situations et de contextes critiques d'évaluation illustrant, à l'aide de vignettes cliniques, la nécessité d'une conception psychopathologique intégrée des problèmes du couple. Après avoir démontré la complexité des jugements inférentiels activés chez l'intervenant, dès le début de la phase diagnostique, la deuxième section met en relief, brièvement, l'évolution récente des styles de vie familiaux ainsi que la diversité des indicateurs de la prévalence de la détresse conjugale. Cette analyse conduit à une troisième section centrée sur l'élaboration d'un schéma de psychopathologie descriptive tripartite du trouble conjugal ; la dynamique des rapports du couple y est examinée en fonction des vicissitudes de l'engagement, de l'intimité et de la passion sexuelle. Les spécialistes en psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale, centrée sur les émotions, psychodynamique et systémique s'inspirent tous, à divers degrés, de ces éléments fondamentaux. Ces trois composantes sont donc approfondies sous l'angle de chacun de ces modèles diagnostiques et thérapeutiques. Ainsi, l'analyse psychopathologique s'enracine dans la pratique clinique et tient compte spécifiquement des principaux obstacles et dilemmes rencontrés par l'intervenant.

Bien que la violence physique constitue un problème psychopathologique majeur en psychothérapie de couple, ce phénomène n'est ici abordé que sommairement, car il fait l'objet d'un chapitre entier consacré aux conceptions typologiques, à l'évaluation et au traitement de ces formes extrêmes de coercition (voir le chapitre 9, rédigé par Lussier et ses collaborateurs).

1. CONTEXTES CRITIQUES EN ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DU COUPLE

La valeur d'un modèle étiologique et d'un schéma psychopathologique dépend, au moins partiellement, de son adéquation à la réalité des intervenants et aux besoins des conjoints. Or, au cours des dix dernières années, la clinique des troubles conjugaux s'est alourdie et complexifiée. Afin de sensibiliser le professionnel, nous présentons, sous forme d'exemples tirés de la pratique, des situations typiques qui rendent compte de la diversité des enjeux diagnostiques et des processus relationnels dysfonctionnels en consultation conjugale. La démarche évaluative se déroule souvent en contexte critique et le jugement clinique doit s'exercer en dépit du caractère fortement pathologique et volatil de l'interaction. Voici quelques exemples qui illustrent ces difficultés.

1. Conflits intenses en séance accompagnés d'une charge émotive lourde.
2. Détresse clinique significative impliquant parfois des risques suicidaires ou homicidaires.
3. Divulgation de secrets familiaux, souvent liés à des troubles sexuels non discutés.

4. Forte interpénétration des problèmes de santé physique et des problèmes de couple.
5. Troubles mentaux intériorisés ou extériorisés chez les conjoints et difficultés de coordination des traitements individuels et conjugaux.
6. Ambivalence marquée, nourrie par des gestes impulsifs et contradictoires signifiant autant le désir de se rapprocher que celui de quitter le conjoint.
7. Faible motivation au changement et forte résistance à l'implication en psychothérapie de couple chez un des conjoints.
8. Dommages collatéraux multiples, associés aux difficultés conjugales, chez les enfants : accentuation des difficultés chez l'enfant à cause de la négligence des parents ou de leur immersion aveugle dans leurs propres difficultés, conduites coercitives et hostiles induisant la terreur chez l'enfant et surimplication émotionnelle d'un des parents auprès d'un enfant pour compenser la pauvreté des échanges affectifs entre les conjoints.

1.1. Conflits intenses en séance accompagnés d'une charge émotive lourde

Vignette clinique – Lucie et Éric

Quelques minutes après le début de la 2e séance d'évaluation, Éric, un jeune policier, annonce triomphalement à sa conjointe, Lucie, avocate, qu'il la trompe depuis plusieurs mois avec sa partenaire de patrouille. Madame se tourne vers l'intervenant, en larmes, et elle crie : « Vous voyez jusqu'à quel point il est un sale con, je pense que je vais m'en aller, c'est complètement inacceptable. Je ne suis pas à ma place ici, c'est lui qui a un problème, pas moi. »

L'intervenant doit ici décoder rapidement : 1) les motifs qui sous-tendent le dévoilement par Éric de ses conduites infidèles : veut-il blesser Lucie, veut-il se décharger d'un fardeau, apaiser sa culpabilité et mettre le *focus* affectif sur la colère de Lucie, veut-il mettre fin à son mariage, veut-il saboter le processus d'évaluation qui ne fait que débuter ? ; 2) la nature des émotions douloureuses vécues par Lucie (rage, déception, tristesse, etc.), ses intentions vis-à-vis la relation avec Éric et sa détermination à poursuivre l'évaluation diagnostique. Il doit aussi tenter de contenir et d'apaiser cette douleur tout en montrant à Lucie qu'il comprend son désarroi et son impulsion à ce stade-ci de poser un geste fort qui exprimerait clairement sa rage et qui camouflerait momentanément les sentiments d'humiliation qu'elle éprouve sans doute ; 3) les patrons d'interaction qui se dégagent de cet épisode relationnel explosif : les dangers d'escalade et les risques de conduites impulsives à court terme, la propension de part et d'autre à poser des gestes d'éclat pour communiquer la détresse et assurer la régulation de l'agression, la vigueur des comportements coercitifs réciproques, etc. ; 4) le type d'alliance qui

s'installe vis-à-vis l'intervenant : tendance à recruter une tierce partie qui arbitrera les conflits et qui déterminera, pour eux, les torts respectifs de chaque conjoint, besoin d'enrôler un témoin passif qui confirmera la nécessité de dissoudre la relation, collusion plus ou moins consciente des partenaires pour intimider l'intervenant ou saboter la démarche d'évaluation, etc. Notre objectif est de souligner que ce processus de décodage relationnel repose sur des processus inférentiels ouverts à de multiples niveaux d'interprétation, mais aussi sur une forte capacité de gestion des affects intenses.

1.2. Détresse clinique significative impliquant parfois des risques suicidaires ou homicidaires

Vignette clinique – Claire et Luc

Lors d'une première séance d'évaluation houleuse, Claire, une urgentologue d'une trentaine d'années, révèle devant son conjoint, Luc, au chômage, que ce dernier consomme de grandes quantités de médicaments contre la douleur et qu'elle l'a retrouvé inconscient à quelques reprises alors qu'il avait la garde de leur fille, âgée de trois ans.

Vignette clinique – Claudine et Michel

Un jeune couple, formé d'un journalier, Michel, et d'une secrétaire, Claudine, explique à l'intervenant d'un ton relativement neutre que jusqu'à tout récemment, ils consommaient des drogues dures et qu'il leur arrivait, lors de disputes, de se menacer en utilisant des couteaux de cuisine. Claudine précise que depuis deux mois les choses ont bien changé. Michel acquiesce et précise que son désarroi s'est intensifié depuis que Claudine, qui pesait 130 livres il y a un an, a perdu 30 livres, a recommencé à se maquiller et a renouvelé sa garde-robe en profondeur, ce qui place les finances du couple en péril. Claudine sors maintenant seule dans les bars avec ses amies plusieurs fois par semaine et laisse Michel s'occuper de leurs deux fils.

Ces situations révèlent clairement que l'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple doit désormais tenir compte d'enjeux cliniques complexes et superposés : quels sont les risques suicidaires qu'encourt Michel, qui abuse de ses antidouleurs ? Quels sont les risques pour sa fille de 3 ans ? Quelles sont les fonctions de ces abus dans le contexte de la dynamique du couple : désir d'être sauvé par sa femme urgentologue, utilisation perverse des médicaments prescrits pour le soulager par un collègue de sa femme, appel à l'aide ? De même, dans le deuxième exemple, quels sont les risques de violence conjugale ? Est-ce que Claudine souffre d'un trouble alimentaire, est-ce qu'elle a recommencé à consommer des drogues à l'insu de Michel ? Claudine désire-t-elle signaler à Michel qu'elle a une aventure et si oui, quels sont les risques impliqués ?

1.3. Divulgation de secrets familiaux, souvent liés à des troubles sexuels non discutés

Vignette clinique – Marie et Jean

Après avoir souligné son faible désir sexuel devant son conjoint, Marie, lors d'une entrevue individuelle, précise qu'au moment d'avoir des relations sexuelles avec son conjoint, Jean, elle est envahie par des souvenirs d'un abus sexuel vécu alors qu'elle avait 8 ans. Elle n'arrive à s'engager sexuellement qu'à certaines conditions : Jean doit accepter l'obscurité, Marie ne se dévêtira que partiellement et Jean ne bougera que très peu. Elle est très anxieuse à l'idée que Jean apprenne son histoire d'abus. Elle est convaincue qu'il en sera dégoûté, et lorsque l'intervenante explore les autres réactions que Jean pourrait avoir, Marie manifeste plusieurs symptômes typiques d'une attaque de panique.

Vignette clinique – Johannie et Mario

Mario, un éducateur de 35 ans, se plaint de la faible fréquence des relations sexuelles qu'il a avec sa conjointe Johannie. Cette dernière mentionne qu'elle n'en peut plus ; depuis le début de leur mariage, Mario veut faire l'amour à tous les jours et même parfois à plusieurs reprises durant la même journée. Johannie dit qu'entre leurs quatre filles et son emploi d'analyste informatique, elle est épuisée. La colère de Mario est manifeste. Il ajoute qu'il y a un an Johannie lui a fait l'affront d'avoir une aventure avec un professionnel de la santé. Après avoir questionné Johannie de façon soutenue, voire harcelante, il apprend que celle-ci a même accepté d'avoir avec cet homme des pratiques sexuelles spécifiques qu'elle n'a jamais voulu avoir avec lui. Lors de la séance individuelle d'évaluation, Mario, interrogé sur son histoire sexuelle, rapporte avoir été initié sexuellement par sa gardienne à l'âge de 10 ans. Celle-ci lui a montré à se masturber et s'est exhibée partiellement nue devant lui à de nombreuses reprises tout en contrôlant complètement chacune de leurs activités sexuelles. Mario dit ne montrer aucune séquelle de ces pratiques. Il est plutôt fier d'avoir réussi à séduire cette jeune fille de 16 ans et il n'établit aucun lien entre cette expérience sexuelle précoce et sa frénésie en matière de sexualité : désir insatiable vis-à-vis Johannie, masturbation quotidienne compulsive, fréquentation de sites Internet pornographiques, etc.

Nous verrons plus loin qu'il existe un corpus croissant de recherches empiriques qui démontrent les séquelles à long terme des traumas sexuels vécus en bas âge sur le processus de formation, la qualité et la stabilité des unions conjugales (Godbout, Lussier et Sabourin, 2006 ; Whiffen et MacIntosh, 2005 ; Whisman, 2006). Ces résultats s'ajoutent à ceux des études en épidémiologie qui montrent le rôle clé de divers épisodes traumatiques dont sont victimes les enfants dans l'étiologie de divers troubles mentaux (Kendler et

Prescott, 2006). Or, les pratiques standard en évaluation diagnostique des couples ne font guère référence à la nécessité de documenter systématiquement les diverses formes de négligence et de violence physique, psychologique et sexuelle dont les conjoints ont été victimes en bas âge. En clinique, ces expériences abusives semblent souvent associées à des problèmes sexuels divers, à une hypervigilance au contrôle et à des conduites d'attachement désorganisées, empreintes aussi bien d'une forte anxiété abandonnique que d'une forte propension à l'évitement de l'intimité. Cette alternance rapide de conduites d'attachement contradictoires représente un défi diagnostique majeur.

1.4. Forte interpénétration des problèmes de santé physique et des problèmes de couple

Vignette clinique – Françoise et Denis

Françoise et Denis vivent ensemble depuis une quinzaine d'années. Ils ont trois enfants. L'évaluation montre qu'en situation de conflit, lorsqu'elle n'arrive plus à contenir la force de sa colère, Françoise exerce un contrôle erratique de ses médicaments ce qui a abouti à quelques reprises à des épisodes de coma diabétique. En plus, Françoise insiste constamment pour avoir un autre enfant malgré l'avis contraire de ses médecins, qui estiment que les risques pour elle sont trop grands. Elle précise à l'intervenant, sur un ton de défi, que personne ne va lui dire comment gérer son diabète.

La relation réciproque entre les problèmes de santé et les problèmes de couple est observée non seulement en matière de diabète, mais aussi en référence aux maladies respiratoires et cardiovasculaires. Les problèmes de couple constituent un sérieux facteur d'aggravation de ces problèmes de santé et, inversement, les conséquences potentielles de ces maladies physiques sur la qualité des relations affectives et sexuelles sont notables et complexes. La qualité de l'évaluation diagnostique dépend donc d'une étroite collaboration avec les professionnels de la santé afin de départager le jeu des facteurs biologiques, psychologiques et relationnels dans le développement et le maintien des problèmes de couple.

1.5. Troubles mentaux intériorisés ou extériorisés chez les conjoints et difficultés de coordination des traitements individuels et conjugaux

Vignette clinique – Louise et Michel

Louise et Michel, deux ingénieurs dans la quarantaine, consultent pour des problèmes sexuels. Ils éprouvent de moins en moins de désir l'un pour l'autre. Tous deux rapportent avoir vécu un épisode de dépression majeure au cours de la dernière année.

Ils ont dû s'absenter du travail à tour de rôle et ils sont sous antidépresseurs depuis plusieurs mois. Michel refuse de discuter avec son médecin de sa baisse de libido. Il en est embarrassé et il craint aussi de réviser sa médication parce que ses sentiments dépressifs se sont amoindris. Lorsque l'intervenant propose de contacter lui-même le psychiatre traitant, Michel s'y oppose farouchement et il remet en question la compétence de l'intervenant.

Vignette clinique – Francine et Joël

Joël vient consulter avec Francine « à des fins préventives ». Ils sont « amis » de longue date, mais ils ne se sont jamais décidés à vivre ensemble. En fait, Joël exprime qu'il a de la difficulté à s'engager. Joël a de bien meilleurs revenus que Francine qui, à 40 ans, travaille encore au salaire minimum alors qu'elle possède une maîtrise en études françaises. Joël est en psychothérapie individuelle depuis 6 ans, il assume aussi les coûts de la psychothérapie de Francine, qui souffre d'anxiété. De plus, Joël participe régulièrement à des thérapies de groupe à court terme en plus de bénéficier des services d'un conseiller spirituel à qui il téléphone à toutes les semaines. Joël n'a pas mentionné aux intervenants qu'il rencontre les multiples démarches parallèles qu'il poursuit. Il prend le meilleur de ce que chacun peut lui offrir. Quand l'intervenant s'interroge sur la signification de la dispersion des « engagements » thérapeutiques de Joël et qu'il met en question la valeur à ce stade-ci d'une psychothérapie de couple, celui-ci ne comprend pas la nécessité de coordonner le travail des différents intervenants.

La collaboration multidisciplinaire est essentielle pour assurer le bien-être des conjoints. Cependant, l'établissement de rapports étroits et bénéfiques exige du doigté. Dans certains cas, l'évocation de la nécessité de discuter avec un autre professionnel soulève des résistances difficiles à surmonter. Ces difficultés expriment aussi bien un malaise à dévoiler ses problèmes de couple à son médecin qu'un souci légitime de protéger sa vie privée. Dans d'autres cas, les multiples consultations représentent des comportements visant à réduire et à diffuser les sentiments d'anxiété vécus par un des partenaires. Ils reflètent alors peut-être aussi une tendance à la compartimentation étanche de secteurs de vie pourtant imbriqués. La période d'évaluation vise alors à préciser, en partenariat avec les conjoints, les démarches externes qui optimiseront la qualité des renseignements disponibles, la force de l'alliance thérapeutique et l'efficacité d'un éventuel traitement.

1.6. Ambivalence marquée, nourrie par des gestes impulsifs et contradictoires signifiant autant le désir de se rapprocher que celui de quitter le conjoint

Vignette clinique – Jocelyne et Jacques

Jocelyne, une inhalothérapeute d'une cinquantaine d'années, déclare à Jacques, professeur au collégial, qu'après plus de 30 ans de mariage, elle ne sait plus si elle l'aime ; elle ne le désire plus sexuellement. Elle lui reproche son caractère bouillant et dominateur. Monsieur précise qu'au fil des ans, sa femme a eu des aventures avec plusieurs hommes mais qu'il ne peut se résoudre à la quitter. Il reconnaît qu'il est très agressif envers elle (intimidation physique, violence sexuelle) mais il ajoute qu'elle le mérite bien. Les conjoints se sont séparés à quelques reprises, mais jamais pour plus d'un an. Après plusieurs échecs thérapeutiques, sous la recommandation pressante de son thérapeute, madame est prête à consulter une autre fois en couple ; elle est consciente qu'elle non plus ne peut se résoudre à mettre fin à l'union.

1.7. Faible motivation au changement et forte résistance à l'implication en psychothérapie de couple chez un des conjoints

Vignette clinique – Claudie et Serge

Serge est un camionneur dans la quarantaine qui se présente avec Claudie, technicienne en administration. Serge a convaincu Claudie de venir consulter avec lui, mais il est très inquiet, car il constate que celle-ci l'accompagne sans grand enthousiasme. Elle veut bien aider Serge, mais elle estime que leur relation est harmonieuse. La distance que Serge perçoit est attribuable, selon elle, à ses fréquents déplacements. Claudie annonce qu'elle veut bien participer à l'évaluation, pour faire plaisir à Serge, mais que son implication s'arrêtera là.

Ces deux derniers contextes critiques (ambivalence et faible motivation) sont typiques d'un grand nombre de demandes de consultation conjugale. L'intervenant doit se garder d'ignorer ces signaux légitimes de difficultés. Plusieurs conjoints entretiennent encore l'idée erronée que la psychothérapie de couple vise l'amélioration de la relation de couple à tout prix. Ce stéréotype est aussi répandu chez les spécialistes qui font de la psychothérapie individuelle. La mise en évidence de ces préoccupations vis-à-vis la viabilité de la relation peut accroître, à court et moyen termes, les degrés d'anxiété et d'irritation d'un ou des deux conjoints. Elle se répercute aussi sur la qualité et la force de l'alliance. Par ailleurs, la discussion ouverte de l'ambivalence et de la faible motivation d'un ou des partenaires comporte plusieurs aspects positifs. Elle augmente la justesse et la validité du diagnostic. Elle signale aussi les valeurs et les stratégies

d'adaptation de l'intervenant : il vaut mieux affronter honnêtement les problèmes et tolérer l'angoisse soulevée que les ignorer. À moyen et long termes, le caractère direct de ces échanges renforce aussi l'alliance avec chacun des individus. La personne ambivalente se sent respectée et accompagnée dans l'expression de sentiments douloureux et menaçants. L'autre conjoint apprend, via le *modeling*, à mieux tolérer la détresse de son partenaire. Il développe aussi une représentation de son partenaire et de la relation moins teintée de déni et intégrant autant les aspects positifs que négatifs.

Au-delà de ces enjeux plus spécifiquement liés au système-couple, l'intervenant est aussi fréquemment confronté à l'observation de dommages collatéraux, associés aux difficultés conjugales, chez les enfants. L'expérience enseigne que ces autres formes de situations critiques ne sont que rarement repérées lors de l'évaluation en psychothérapie de couple. Il s'agit là d'une carence importante, car plusieurs chercheurs ont clairement démontré l'existence d'un rapport causal bidirectionnel entre les difficultés de l'enfant et les problèmes de couple (O'Leary et Vidair, 2005 ; Slep et O'Leary, 2005). Plusieurs médiateurs expliqueraient cette relation : mésententes à propos des principes d'éducation des enfants, pratiques disciplinaires coercitives, surimplication émotionnelle, etc. Voici quelques exemples typiques de ces difficultés qui doivent être examinées de près lors de la période diagnostique.

1.8. Accentuation de la dépression chez l'enfant à cause de la négligence des parents ou de leur immersion aveugle dans leurs propres difficultés

Vignette clinique – Josée et Robert

Josée et Robert, après une histoire amoureuse mouvementée, ont eu deux garçons, âgés de 9 ans et de 6 ans. Devant les graves problèmes d'alcool et la violence physique de Robert, Josée décide de mettre un terme à l'union. Robert s'y oppose et pendant quelques mois, la situation à la maison est intolérable, à un point tel que la police doit intervenir sur une base régulière. Pendant ce temps, le comportement du plus vieux des garçons, qui manifeste déjà au départ une nette tendance au retrait social, se détériore. Il se sauve de l'école à quelques reprises, ne revenant parfois pas à la maison après la fin des classes. Les parents attribuent ces comportements au mauvais tempérament de leur enfant et à l'incompétence du personnel scolaire. Le père affiche même une certaine fierté face à la conduite rebelle de son fils. Lors de la troisième séance d'évaluation, après une séance manquée, les parents racontent que la semaine précédente leur fils a été retrouvé sur le toit d'un immeuble du quartier. Les intervenants qui l'ont rencontré l'ont estimé gravement déprimé et suicidaire.

1.9. Intensification d'un trouble de l'attention ou de la conduite chez un enfant déjà fragile

Vignette clinique – Béatrice et Carl

Béatrice et Carl consultent à cause du désir de plus en plus ferme de cette dernière de mettre un terme à l'union. Après plusieurs mois de disputes incessantes, le climat s'est alourdi et les conjoints ne se parlent à peu près plus, sauf pour l'essentiel. Carl n'est pas trop préoccupé de ces menaces qui se répètent à intervalles réguliers sans jamais se concrétiser. Il souffre par contre beaucoup de la distance affective qu'impose Béatrice. Il prend de l'alcool sur une base régulière afin d'essayer de réguler son humeur. Carl a deux enfants d'un mariage précédent, Pascale, 20 ans, et Jean-Sébastien, 24 ans. Béatrice a eu un fils de Carl, Patrick, 8 ans. Carl soutient qu'avec un peu de bonne volonté il arrivera à reconquérir Béatrice. Il lui suffit d'être moins prompt et « c'est aussi à Béatrice de mettre de l'eau dans son vin et de se rapprocher ». Béatrice a de moins en moins l'espoir de voir la situation s'améliorer et, progressivement, elle se détache. « Il ne me fera plus souffrir ; j'ai assez fait de concessions, c'est à son tour de ramer. » Durant les deux premières rencontres d'évaluation, Carl et Béatrice s'accusent de tous les torts et ni l'un ni l'autre n'examine sa part de responsabilité vis-à-vis des problèmes conjugaux. La situation se modifie sensiblement lorsqu'en interrogeant les conjoints sur l'équilibre des enfants, l'intervenant découvre que Patrick et Pascale ont reçu au cours des deux dernières années un diagnostic de trouble de l'attention. Malgré la médication, ces dernières semaines, la situation ne semble que s'aggraver. Béatrice mentionne aussi que Pascale lui a récemment volé une petite somme d'argent et qu'elle s'est assurée que sa mère découvrirait le larcin. La discussion subséquente fait clairement ressortir l'inquiétude croissante des parents et la relation entre les méthodes que les parents utilisent pour gérer leurs conflits et les comportements problématiques des enfants.

1.10. Conduites coercitives et hostiles induisant la terreur chez l'enfant

Vignette clinique – Rose et Jean-Louis

Rose et Jean-Louis consultent parce que récemment, ce dernier a perdu le contrôle de ses comportements et que dans un accès de colère, lors d'une querelle sur la gestion des finances, il a défoncé un mur avec ses poings. Jean-Louis minimise la portée de son geste, mais il accepte de participer aux séances d'évaluation pour rassurer Rose. La première séance révèle que Jean-Louis a un tempérament colérique et qu'il insiste pour administrer de façon unilatérale tous les avoirs du couple, y compris ceux de Rose, qui est professeure au secondaire. Il critique chacune des dépenses de Rose, qui désire reprendre ses affaires en main. Jean-Louis ne pense

qu'en fonction de la retraite, alors que Rose veut voyager maintenant. Elle souhaite, entre autres, emmener les enfants à Cuba pendant la prochaine période de vacances. Jean-Louis est furieux ; non seulement il menace sa conjointe, mais il a pris ses deux filles à part (6 ans et 8 ans) pour leur expliquer en long et en large l'irresponsabilité de leur mère. Quand Rose mentionne cette discussion et qu'elle expose les réactions qu'ont eues leurs deux filles (pleurs, cauchemars, difficultés de concentration), Jean-Louis souligne qu'il est aussi responsable de l'éducation des filles et il ajoute, avec un demi-sourire, qu'un peu de pression forme le caractère et les prépare au mariage.

1.11. Surimplication émotionnelle d'un des parents auprès d'un enfant pour compenser la pauvreté des échanges affectifs entre les conjoints

Vignette clinique – Caroline et Benoît

Caroline et Benoît se plaignent d'un manque de vitalité au sein de leur relation. Suite à la naissance de leur premier enfant, Josée, qui a maintenant trois ans, d'un commun accord, il a été convenu que Caroline quitterait son emploi pour s'occuper de l'enfant. Josée se développe admirablement bien et Caroline consacre toutes ses énergies à voir aux besoins de sa fille. Au début, Benoît se réjouissait de la situation et il appréciait le courage et l'aplomb de Caroline. Il se sent maintenant délaissé, il pense à quitter Caroline, mais il est surtout déçu du peu d'attention que sa conjointe lui accorde. Dès le début de la relation, il trouvait Caroline autosuffisante et peu démonstrative. Caroline souligne que lorsqu'elle l'a connu, Benoît était un « tombeur » qui fuyait l'engagement à long terme. L'analyse de la situation montre rapidement que Caroline est affectivement très proche de sa fille. Au moment de la sieste, Josée insiste pour que sa mère se joigne à elle. Caroline apprécie beaucoup ces moments de rapprochement. Faire l'amour avec Benoît est désormais une corvée qu'elle accomplit sans grand plaisir et le plus rarement possible.

Ce ne sont là que quelques-uns des indicateurs d'un trouble relationnel qui implique les enfants. Bien d'autres thèmes pourraient être traités : attentes développementales irréalistes, adoption d'un style attributionnel négatif pour expliquer les comportements de l'enfant, méthode disciplinaire incohérente, supervision inadéquate des enfants, etc. Les vignettes cliniques, toutefois, montrent bien qu'un grand nombre de spécialistes en psychothérapie de couple s'éloignent trop peu de la réalité immédiate des conjoints. L'exploration des modes indirects d'expression de la détresse conjugale par l'adoption de comportements parentaux dysfonctionnels ne constitue pas une pratique courante. De même, les répercussions des patrons d'interaction dysfonctionnels du couple sur le bien-être des enfants ne sont souvent examinées qu'en dernière instance,

c'est-à-dire au moment où les conjoints décident de se quitter. La période diagnostique constitue pourtant un moment privilégié pour procéder à un examen sommaire des compétences parentales des conjoints, des répercussions des problèmes du couple sur les enfants et des besoins d'aide psychologique des enfants. Évidemment, l'atteinte de ces objectifs d'évaluation nécessite le développement d'habiletés spécifiques chez le consultant et l'ajout d'un module d'entrevue ou d'instruments de mesure à une batterie diagnostique déjà bien chargée.

En considérant la diversité et la complexité des contextes critiques d'évaluation évoquées plus haut, c'est un euphémisme de soutenir que le consultant doit disposer d'un vaste répertoire de compétences et de stratégies décisionnelles l'aidant à distinguer les situations exigeant l'emploi d'un protocole d'évaluation complet, incluant plusieurs modules distincts, de celles nécessitant l'utilisation d'un protocole diagnostique allégé et centré sur l'intervention de crise. Nous soutiendrons donc, en conformité à l'avis de nombreux experts (Epstein et Baucom, 2002 ; Jacobson et Christensen, 1996), que la conduite d'une évaluation approfondie de la psychopathologie conjugale nécessite souvent des compétences cliniques et une forme d'autorité professionnelle supérieures à celles exigées lors du traitement. Les erreurs thérapeutiques les plus fréquentes sont souvent la conséquence d'une évaluation tronquée ou d'une prise en compte défaillante des résultats de l'évaluation.

Bien que la qualité de l'évaluation diagnostique se répercute probablement sur le nombre et la gravité des erreurs thérapeutiques commises, certains souligneront la lourdeur de notre protocole diagnostique. Diverses règles administratives liées au remboursement des services de santé mentale exercent une forte pression sur la durée de la psychothérapie de couple. Ainsi, en pratique, le remboursement, en totalité ou en partie, des frais occasionnés par la thérapie de couple ne couvre qu'une dizaine de séances tout au plus. Au surplus, les traitements fondés sur des données probantes durent rarement plus d'une quinzaine de séances. Dans un tel contexte, il est légitime de se questionner sur la durée optimale du processus d'évaluation. Face à ces arguments, nous rappelons la nécessité déontologique de fonder la psychothérapie de couple sur une évaluation clinique complète. Nous avons aussi démontré ailleurs (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff et Mamodhoussen, à paraître) que les recherches évaluatives menées jusqu'à présent ont été principalement conduites en milieu universitaire et en excluant un éventail de cas complexes fréquemment vus en milieu naturel.

En contrepartie, les inconvénients de la durée de la période diagnostique sont largement compensés par la présence de répercussions positives sur l'alliance de travail avec les conjoints, la diminution des taux d'abandon prématuré du traitement et l'amélioration des résultats thérapeutiques à court, moyen et long termes. Notons aussi que l'application rigoureuse du protocole conduit généralement à des bénéfices thérapeutiques immédiats. Plusieurs couples mentionnent, en fin d'évaluation, que bien que leurs difficultés ne soient pas réglées, l'examen attentif des multiples causes probables comporte plusieurs avantages : début d'élaboration d'un cadre de compréhension de

leurs problèmes, mobilisation accrue des partenaires en vue d'un éventuel traitement, pour réfléchir à la pertinence de demeurer ou non au sein la relation, au lieu de quitter sans comprendre, réduction du stress intense associé à l'ambiguïté de leur situation, conscience plus aigue des forces de la relation, etc.

2. MODÈLES ÉTIOLOGIQUES EN PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE

Tout protocole d'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple gagne à s'appuyer sur un cadre théorique qui tient compte de la multiplicité des styles de vie familiaux, de la prévalence de la détresse conjugale et des modèles étiologiques contemporains en psychopathologie du couple. Ces différents facteurs s'imbriquent les uns aux autres et chacun mérite une discussion approfondie. L'étiologie des problèmes du couple représente toutefois le thème prioritaire de la présente section.

2.1. Multiplicité des styles de vie familiaux

En Occident, au cours des 40 dernières années, sous la poussée des changements technologiques, économiques et sociaux, la dynamique des relations de couple s'est transformée radicalement. La famille n'est plus cette cellule de base, pierre angulaire de l'édifice social, fortement hiérarchisée, sanctionnée par l'Église, inscrite dans l'ordre naturel des choses et garante de la sécurité économique et psychologique des individus. Le pluralisme culturel ambiant, la nouvelle éthique individualiste et les percées médicales modernes conduisent à une diversification des choix personnels et familiaux. Désormais, les rapports entre l'amour, la sexualité, la reproduction et la parentalité ne sont plus l'objet d'un processus de régulation sociale rigide (Kernberg, 2002). Cette déconstruction progressive des rôles sociaux – et donc conjugaux – est vécue, par certains, comme une source de créativité et d'innovation et, par d'autres, comme une source de confusion et de tension.

Plus concrètement, la présence accrue des femmes sur le marché du travail, la montée en flèche du nombre et de la durée des relations de cohabitation, les taux de plus en plus élevés de naissance hors mariage, la fréquence et l'accélération du rythme des dissolutions d'union, la progression des unions formées de partenaires provenant de cultures différentes et l'acceptation sociale croissante des unions entre conjoints de même sexe ne sont que quelques-uns des phénomènes sociodémographiques qui montrent bien la vigueur du processus de désinstitutionalisation du mariage.

Divers progrès technologiques sont responsables de l'accélération de ces changements démographiques. Ainsi, l'avènement de la contraception, l'amélioration des procédures d'interruption de grossesse, la découverte des nouvelles technologies de reproduction, la naissance de la sexopharmacologie (Viagra®, Cialis®) et les progrès en matière de sculpture du corps et de chirurgie esthétique constituent des percées médicales qui continuent à transformer les rapports humains. La mondialisation des

réseaux de communication, grâce à Internet, a aussi donné naissance à de nouvelles pratiques sociales : processus de formation de couple en ligne, cybersexualité, etc. Le clinicien ne peut donc plus s'appuyer sur un modèle normatif unique des relations de couple pour guider son travail. Ainsi, la pluralité des normes sociales et l'effondrement progressif des règles traditionnelles visant à encadrer la vie de couple exigent une flexibilité croissante et une capacité de s'ouvrir à des comportements inédits.

Voici quelques exemples qui illustrent cette diversité des styles de vie et la complexité des processus décisionnels activés dans ces nouveaux contextes sociaux. Le premier extrait montre comment l'utilisation d'une nouvelle technique de reproduction et d'Internet peut contribuer à l'enfouissement de problèmes sexuels. Le deuxième extrait décrit comment la tolérance sociale croissante contribue à l'éclosion d'unions entre des conjoints d'origine ethnique différente, même si certaines divergences culturelles persistent et créent des stresseurs relationnels spécifiques. Le dernier extrait révèle comment la liberté de réengagement amoureux après une rupture d'union, alliée à une mobilité résidentielle accrue, procure de nouvelles stratégies – positives et négatives – de gestion du stress relationnel.

Vignette clinique – Andrée et Marcel

Andrée et Marcel, un jeune couple dans la trentaine, parents d'une fille de 2 ans, viennent consulter d'un commun accord. Andrée se plaint de l'irresponsabilité de Marcel : « Quand je lui demande un service, il est toujours d'accord pour m'aider, mais il oublie systématiquement de faire ce que je lui demande. C'est vraiment irritant ! Je ne peux jamais compter sur lui. » Marcel reproche à Andrée d'être contrôlante : « Elle est toujours sur mon dos. Je fais de mon mieux mais elle demande tellement. » Outre ce patron typique d'interaction, les conjoints se disent plutôt satisfaits de leur relation. Même la rareté de leurs échanges sexuels ne les inquiète pas. Marcel dit que ce n'est pas un problème et Andrée confirme le tout. En entrevue individuelle, Andrée mentionne timidement que les relations sexuelles la dégoûtent, en plus de lui faire très mal. Elle souffre aussi de très fortes inhibitions sexuelles. En fait, leur fille a été conçue par insémination artificielle. Elle ne désire plus avoir de contacts sexuels avec Marcel « qui s'arrange de son côté ». Marcel mentionne en séance individuelle qu'il éprouve beaucoup de désir sexuel vis-à-vis Andrée. Il ajoute toutefois qu'il a besoin d'accessoires pour soutenir sa vigueur. Il actualise ces fantasmes sur Internet.

Vignette clinique – Claire et Youssouf

Claire et Youssouf vivent ensemble depuis 5 ans. Ils ont deux jeunes enfants. Claire est née au Saguenay alors que Youssouf est d'origine africaine. Il a immigré au Canada il y a plus de 20 ans. Les conjoints disent avoir bénéficié du soutien des

familles respectives au moment de la formation de l'union. Claire décrit son conjoint comme un homme charmant, très impliqué dans la communauté africaine locale mais très peu disponible pour sa famille immédiate. Youssouf dit que Claire est une femme d'exception, intelligente, compréhensive et très affectueuse : « Elle se dépense sans compter pour le bien-être de la famille. » Il précise aussi qu'il tient beaucoup à faciliter l'intégration sociale de ses compatriotes qui débarquent au Québec et qui sont souvent démunis. Claire admire beaucoup la générosité de son conjoint : « Il est vraiment un pilier de sa communauté », mais elle ajoute : « on [ne] le voit plus et les enfants en souffrent beaucoup ». Les conjoints se disputent aussi à propos des finances. Ils peuvent compter sur deux très bons revenus mais ils ne peuvent profiter de cet argent autant que Claire le voudrait parce que Youssouf retourne une portion significative de son revenu à sa famille en Afrique. Il a un fils d'une union précédente qu'il soutient, mais il se fait aussi un point d'honneur d'aider ses propres parents et aussi un oncle et des cousins.

Vignette clinique – Marie et Jacques

Marie et Jacques, deux individus dans la trentaine, se présentent pour une psychothérapie de couple en soulignant qu'ils ne savent pas s'ils sont un « vrai » couple et s'ils veulent être un « vrai » couple. Présentement, ils ne vivent pas ensemble. Marie habite dans sa propre maison avec deux enfants, 8 ans et 6 ans, d'une union précédente. Elle est séparée de son premier mari depuis 5 ans. Jacques habite dans un immeuble à logements qui appartient à son père. Il a déjà été marié et il a une fille d'une dizaine d'années qu'il ne voit presque plus « à cause de mon ex-conjointe ». Marie et Jacques, qui se connaissent depuis 4 ans, ont tenté de cohabiter à quelques reprises. À chaque fois, après quelques mois, Marie met Jacques à la porte et celui-ci retourne dans son appartement. Marie reproche à Jacques de ne pas vouloir vraiment s'engager auprès d'elle. Quand il vit avec elle, il ne participe pas financièrement et il passe plusieurs soirs par semaine à faire du sport ou à jouer aux cartes avec ses amis. Jacques se dit amoureux de Marie. Il est très près des enfants de Marie, qu'il a connus alors qu'ils étaient tout petits. Il voudrait avoir un enfant avec Marie, mais il insiste pour que l'intervenant n'aborde pas ce thème devant Marie. Alors qu'elle le traite de « grand adolescent qui fuit les responsabilités », lui maintient que Marie ne lui fait pas connaître ses attentes et qu'elle tient des propos contradictoires quand il tente de s'impliquer dans la relation : « Tu n'es pas chez toi ici, si tu n'es pas content, retourne chez ta mère » ou « Tu n'es pas le père de ces enfants-là, tu te comportes comme leur grand-frère, laisse-moi faire ». Jacques soupçonne que Marie est encore amoureuse de son ex-conjoint, qui l'a quittée, et il dit qu'elle l'idéalise beaucoup.

Ces trois vignettes mettent en relief les nouvelles réalités familiales avec lesquelles l'intervenant doit composer. La gestion professionnelle de ces situations exige une forte dose d'ouverture et d'empathie. Le recours aux procédures d'insémination artificielle n'a pas la même signification et les mêmes fonctions dans tous les cas. De même, la notion de famille ne renvoie pas aux mêmes obligations financières, morales et affectives d'une culture à l'autre. Enfin, les règles d'engagement conjugal en matière de cohabitation, par exemple, sont de plus en plus floues et elles évoluent constamment. Le désarroi des individus n'est donc guère surprenant. La flexibilité croissante des structures familiales comporte des avantages à moyen et long termes mais à court terme, elle provoque aussi parfois des difficultés transitoires. Du côté de l'intervenant, ces situations constituent autant de tests de la solidité, mais aussi de la souplesse de ses convictions professionnelles, qui doivent tenir compte de la nouvelle mouvance sociale. Désormais, afin d'éviter de taxer trop fortement ses stratégies d'adaptation, le spécialiste en psychothérapie de couple bénéficiera d'une mise à jour continue de ses connaissances en démographie et en sociologie de la famille (Cherlin, 2004, 2006).

2.2. Prévalence de la détresse conjugale

La consultation des études épidémiologiques les plus récentes constitue aussi une source d'enrichissement d'une pratique standardisée, et fondée sur des données probantes, de l'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple. Ce n'est que depuis moins d'une dizaine d'années que les spécialistes soulignent avec vigueur et constance la nécessité de développer des indicateurs fiables et valides de la détresse conjugale. D'ailleurs, les responsables de la prochaine version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM V), prévue pour 2011, examinent sérieusement l'intérêt de codifier les troubles conjugaux directement sur l'axe I ou II de la nomenclature officielle (Beach, Wamboldt, Kaslow, Heyman et Reiss, 2006). Cette décision d'introduire un diagnostic formel des problèmes de couple repose sur plusieurs arguments.

D'abord, tout comme les troubles mentaux standard, les dysfonctions conjugales possèdent des caractéristiques distinctives qui se prêtent bien à la classification. Elles sont aussi associées à une altération majeure de l'adaptation émotionnelle, sociale et occupationnelle. Les risques de morbidité et de mortalité encourus par les individus qui souffrent de détresse conjugale sont élevés. Au surplus, les troubles conjugaux connaissent, eux aussi, une évolution clinique typique, ils ont des facteurs de risque bien identifiés et, en l'absence de traitement, le pronostic est généralement sombre. S'ajoute à ces éléments l'existence d'études qui démontrent que les dysfonctions conjugales sont liées à des traits de personnalité (névrosisme élevé, impulsivité forte, amabilité faible et propension limitée à être consciencieux) dont les coefficients d'héritabilité génétique sont notables (Kendler et Prescott, 2006). Donc, tout comme dans le cas des troubles mentaux standard, les troubles conjugaux présentent une étiologie à caractère

mixte, à la fois biologique et psychosociale. Nous reviendrons sur ce point plus loin. Enfin, la détresse conjugale répond de façon prévisible et favorable à la prévention et au traitement (Wright *et al.*, à paraître ; voir aussi le chapitre 4 du présent ouvrage).

Il existe plusieurs indicateurs épidémiologiques, directs et indirects, de la prévalence de la détresse conjugale. Puisque ces facteurs ont été exposés ailleurs (Snyder *et al.*, 2005 ; Wright, Sabourin, Poitras-Wright, Lefebvre et Lussier, 2006), nous n'en ferons ici qu'un résumé sommaire et schématique. Il portera sur : 1) les indices de divortialité, 2) les estimations de violence physique, 3) la faible prévalence du nombre de conjoints qui se déclarent très heureux de leur union, 4) les taux de conduite infidèle, 5) les taux d'insatisfaction et de troubles sexuels, 6) le nombre de personnes qui consultent en psychothérapie individuelle pour des problèmes conjugaux.

1. Au Québec et au Canada, les indices de divortialité se sont stabilisés à des taux supérieurs à 40 % tandis qu'aux États-Unis, les statistiques font état d'estimations de 50 %. Il va sans dire que les taux de dissolution d'union sont nettement plus élevés pour les relations de cohabitation (plus de 60 %) et pour les mariages contractés après un premier divorce (plus de 60 % aussi). Il s'agit là des indicateurs les plus saillants de détresse conjugale. La dissolution d'union, en dépit d'un assouplissement progressif des attitudes sociales, continue d'être fortement associée à une morbidité psychiatrique et physique élevée (Whisman et Uebelacker, 2003). Ces problèmes se transmettent aussi aux enfants, chez qui on observe des conséquences négatives – éducationnelles, économiques et psychologiques – sur plus de trois générations (Amato et Cheadle, 2005).
2. La présence de violence physique dans les relations de couple constitue un deuxième indicateur de détresse conjugale grave. Elle conduit à de sérieux problèmes de santé physique et mentale (voir le chapitre 9 dans le présent ouvrage). Les spécialistes estiment que près de 25 % des couples connaîtront au moins un épisode de violence physique au cours de leur relation. Les taux de violence physique grave oscillent entre 5 % et 8 %. En clinique, les résultats des recherches les plus rigoureuses révèlent que près de 50 % des couples qui consultent mentionnent avoir vécu un ou des épisodes de violence physique avant de venir en consultation (O'Leary, 1999).
3. Plusieurs avaient prédit que l'augmentation du taux de divorce résulterait en un plus grand nombre de mariages de grande qualité, où les conjoints seraient très heureux. Cette croyance ne s'est pas confirmée. En fait, en 25 ans, le nombre de conjoints se déclarant très heureux de leur mariage a chuté de 60 % à 37 % (Snyder *et al.*, 2005). Il semble donc qu'un grand nombre d'unions connaisse des périodes de turbulence qui augmentent les risques de désunion et la probabilité qu'un des conjoints développe au cours de sa vie des symptômes d'anxiété ou de dépression (voir aussi les chapitres 10 et 13 dans le présent ouvrage).

4. Bien que depuis 1990 la proportion de conduites d'infidélité sexuelle ait diminué, les résultats d'une vaste enquête de santé communautaire indiquent que près de 40 % des hommes âgées de 50 à 59 ans et un peu plus de 20 % des femmes âgées de 40 à 49 ans disent avoir vécu au cours de leur mariage une aventure extraconjugale (Laumann, Gagnon, Michael et Michaels, 1994). Chez les couples qui consultent, ces pourcentages atteignent généralement près de 40 %, tant chez les hommes que chez les femmes (Weeks, Gambescia et Jenkins, 2003). Les cliniciens rapportent généralement qu'après la violence physique, l'infidélité constitue le problème relationnel qui se répercute le plus gravement sur la qualité et la stabilité de l'union (Whisman, Dixon et Johnson, 1997). Plus récemment, Cano et O'Leary (2000) ont démontré, dans le cadre d'une étude clinique menée après de 50 femmes, que 72 % de celles qui sont victimes d'infidélité développent un épisode de dépression majeure dans les deux mois qui suivent, alors que ce taux n'est que de 12 % chez les femmes qui n'on pas subi ce stresseur.
5. Dans cette même foulée, les taux d'insatisfaction sexuelle, surtout chez les femmes, et de troubles sexuels, chez les deux conjoints, constituent un indicateur sous-estimé de la prévalence élevée de la détresse conjugale. Ainsi, les enquêtes nationales et internationales menées par Laumann *et al*. (1994, 2006) et Nicolosi, Laumann, Glasser, Brock, King et Gingell (2006 ; voir aussi Meston et Bradford, 2007) signalent que près de 40 % des femmes et plus de 30 % des hommes souffrent de problèmes sexuels, sans pour autant consulter. Malgré cela, en psychothérapie de couple, la sexualité est encore trop rarement un motif explicite et ouvert de consultation au début de la période de consultation. La pudeur des conjoints et de l'intervenant constitue sans doute un frein à l'exploration de ces difficultés (voir Bergeron *et al*., dans le présent volume).
6. L'analyse des motifs de consultation en psychothérapie individuelle fait ressortir que les problèmes conjugaux représentent le problème les plus fréquemment rapporté pour justifier la demande d'aide (Veroff, Kulka et Douvan, 1981 ; Whisman et Uebelacker, 2006). De même, dans le cadre d'une vaste enquête nationale, menée récemment, Swindle, Heller, Pescosolido et Kikuzawa (2000) mentionnent que les problèmes relationnels, notamment le divorce, la séparation et les tensions conjugales, sont les causes de détresse émotionnelle les plus fréquemment mentionnées par les participants.

Sans être alarmiste, le nombre et la convergence de ces indicateurs devraient suffire à convaincre que la détresse conjugale constitue un problème majeur de santé publique, au même titre que les troubles mentaux internalisés (anxiété, dépression) et externalisés (abus et dépendance aux substances psychoactives, conduites antisociales, jeu compulsif) classiques. Il faut noter, au passage, la cooccurrence élevée des troubles relationnels, des troubles mentaux et des troubles de santé physique (Snyder *et al*., 2005). Cette comorbidité fait d'ailleurs l'objet de plusieurs chapitres du présent ouvrage. Au surplus, même lorsque la présence de troubles mentaux cooccurents est contrôlée, les

mésententes conjugales continuent de se répercuter négativement sur l'évolution de la capacité de s'engager activement sur les plans occupationnel et social (Whisman et Uebelacker, 2006).

3. MODÈLES ÉTIOLOGIQUES EN PSYCHOPATHOLOGIE DU COUPLE

Tout comme en psychopathologie adulte, l'examen des modèles étiologiques de la détresse conjugale s'appuie sur une analyse du cours naturel de la « dysfonction », concept pris ici dans un sens large. Le spécialiste en psychothérapie de couple ne dispose pas d'un vaste bassin de recherches sur l'évolution spontanée de la détresse conjugale. Cependant, les données longitudinales existantes, recueillies auprès d'échantillons populationnels, indiquent assez clairement qu'avec le temps, la détresse conjugale suit une pente descendante (Beach, Kamen et Fincham, 2006). La rémission spontanée des problèmes de couple constitue donc un phénomène d'exception plutôt qu'une règle.

Cette observation est confirmée par les résultats des diverses études d'efficacité de la psychothérapie de couple répertoriées par Baucom, Hahlweg et Kuschel (2003) ainsi que par Wright *et al.* (à paraître). Ainsi, dans le cadre de ces études randomisées, lorsqu'un couple sollicitant une consultation est placé sur une liste d'attente, les probabilités d'amélioration de sa situation sont à peu près nulles. Ces informations – longitudinales et cliniques – ont des répercussions pratiques importantes sur la nature des recommandations formulées par l'intervenant en fin d'évaluation diagnostique. En effet, lorsqu'il discute avec les conjoints des choix qui s'offrent à eux compte tenu de leur situation, il arrive, pour diverses raisons, que les conjoints choisissent de reporter le début d'un traitement ou de ne pas le débuter. Dans certaines situations – faible motivation, refus de mettre fin à une aventure, incapacité de financer le traitement, problèmes de conciliation des horaires, etc. –, l'intervenant et les conjoints estiment qu'ils n'ont pas la marge de manœuvre nécessaire pour entreprendre un traitement. D'un point de vue clinique et déontologique, il apparaît alors important de tenir compte des données probantes présentées plus haut et de préciser aux conjoints que les probabilités d'amélioration de la situation conjugale sans intervention sont limitées.

Évidemment, puisqu'il existe une certaine hétérogénéité dans les courbes évolutives de la détresse conjugale, plusieurs ont tenté d'établir des profils de changement conduisant à l'identification de sous-groupes de couples distincts. Par exemple, il est maintenant bien connu qu'il existe une classe de couples, formant environ 10 % de la population, qui vivent des degrés de détresse conjugale élevée dès le début de leur relation et pour de très longues périodes de temps sans éventuellement mettre fin à la relation (Glenn, 1998). D'autres se sont efforcés de cerner les facteurs pronostiques de la dégradation de la détresse conjugale. Ces travaux montrent que, chez les couples où la communication et l'engagement émotionnel sont déficients et, encore plus, chez ceux où il y a de la violence physique, les tracés de détresse conjugale s'accentuent (Beach *et al.*, 2006). Cette observation tient aussi dans les cas où les conjoints ont recours

à des styles attributionnels hostiles et lorsqu'ils vivent des événements biographiques perturbateurs – notamment l'arrivée d'un enfant, mais aussi des difficultés économiques, la perte d'un proche ou d'un emploi, la maladie et l'infidélité. Par ailleurs, diverses stratégies spécifiques d'attachement et certains traits de personnalité se répercutent négativement sur la satisfaction conjugale éprouvée dès le début de la relation. Ainsi, l'instabilité émotionnelle (ou névrosisme), l'antagonisme, l'introversion, la propension à la négligence et l'existence de traits psychopathiques – impulsivité, manipulation, duplicité, malveillance et dominance – aggravent la détresse conjugale ressentie à moyen et long termes. De même, la présence d'un style d'attachement marqué par l'anxiété abandonnique ou l'évitement de l'intimité représente aussi un indicateur pronostique négatif.

Ces résultats soulignant le rôle des comportements de communication, des attributions dysfonctionnelles, de l'engagement émotionnel, de la violence physique, des stresseurs, du style d'attachement et de la personnalité constituent un ensemble de données probantes qui guident le développement d'un modèle étiologique de la détresse conjugale. Toutefois, la simple superposition de ces éléments ne suffit pas. Ceux-ci doivent s'intégrer harmonieusement aux modèles étiologiques des principales écoles de psychothérapie de couple dont nous traitons dans le présent volume : humaniste/systémique, cognitive-comportementale et psychodynamique.

À cette fin, nous proposons, à la suite de plusieurs auteurs (Karpel, 1994 ; Sternberg, 1986, 2006) une analyse qui tient compte de trois sphères distinctes mais interdépendantes de la vie conjugale : l'engagement, l'intimité et la passion. Ces trois sphères relationnelles renvoient à des variables affectives, cognitives, comportementales et interactionnelles qui rallieront un grand nombre d'intervenants. En effet, la passion sexuelle, l'engagement et l'intimité constituent des processus qui traversent la plupart des conceptions étiologiques contemporaines des troubles conjugaux (Beach *et al*., 2006 ; Wright *et al*., 2006, à paraître). Par exemple, les théoriciens de l'attachement (Mikulincer et Shaver, 2006) renvoient à trois systèmes motivationnels et comportementaux qui contribuent à la régulation des relations intimes : l'attachement, la sexualité et l'altruisme (*caregiving*). En sociobiologie, les chercheurs font référence à un système d'accouplement (*mating system*) qui s'appuie sur le désir sexuel et à un système d'établissement des liens affectifs (*pair bonding system*) qui rend compte de l'intimité et de l'engagement.

Au surplus, les spécialistes en psychothérapie de couple, bien qu'ils utilisent un langage différent, citent tous ces phénomènes. En psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale (Epstein et Baucom, 2002 ; Jacobson et Christensen, 1996), diverses études démontrent la valeur pronostique de l'engagement, de l'intimité émotionnelle et de l'intérêt sexuel pour prédire la réponse thérapeutique. Du côté de la psychothérapie de couple psychanalytique, Dicks (1967), puis Kernberg (1995), soutiennent que la vitalité des relations amoureuses s'explique par la qualité des échanges sexuels, la satisfaction des besoins émotionnels et l'importance d'un sens mutuel de responsabilité vis-à-vis le bien-être de l'autre. Par ailleurs, si tous les psychothérapeutes

conjugaux systémiques ont développé des méthodes pour contrer l'instabilité inhérente des relations familiales, la restauration d'un équilibre entre l'autonomie et l'intimité (Bowen, 1966) de même que l'enrichissement de la vie sexuelle (Schnarch, 2001) ne représentent pas des priorités thérapeutiques dans tous les cas. Enfin, la psychothérapie de couple centrée sur les émotions (Johnson, 2004), puisqu'elle s'inspire des théories de l'attachement, traite aussi des processus d'intimité et d'engagement qui se répercutent sur la qualité des échanges sexuels.

L'intérêt de ce schéma descriptif tripartite – engagement, intimité et passion – tient aussi à sa prise en compte potentielle des aspects développementaux de la relation. En effet, l'engagement ne renvoie pas aux mêmes processus au début, en milieu ou en fin de relation. De même, la passion sexuelle et l'intimité connaissent des vicissitudes qui doivent être comprises en référence aux stades de la relation. Lors de la période diagnostique, le clinicien, indépendamment de son allégeance théorique, peut utiliser ce schéma descriptif pour mieux identifier les domaines de la vie de couple où la détresse conjugale s'exprime avec le plus de force. Ce schéma descriptif comporte aussi l'avantage d'être fondé sur des concepts près de l'expérience des conjoints qui sollicitent une demande de traitement. Il facilitera donc la structuration de la séance de rétroaction en fin d'évaluation diagnostique. Le pronostic est particulièrement sombre lorsque les problèmes du couple se manifestent par une diminution significative et simultanée de l'engagement, de l'intimité et de la passion chez l'un des conjoints ou les deux. Lorsqu'une seule ou deux de ces sphères de fonctionnement conjugal sont préservées, le pronostic s'améliore.

3.1. Engagement

L'engagement renvoie au choix, à l'intention et à la décision de s'investir et de persévérer au sein d'une relation. Il se concrétise par diverses actions quotidiennes visant à augmenter la stabilité de l'union (Giguère, Fortin et Sabourin, 2006). Cette intention de persister comporte des sources motivationnelles distinctes : l'amour et la satisfaction éprouvée à vivre avec le partenaire, le sens d'obligation morale et le désir d'éviter les sanctions financières et sociales résultant d'une rupture. L'engagement renvoie aussi à une séquence développementale prototypique : les conjoints sortent ensemble une première fois, ils se voient régulièrement, ils décident de poursuivre une relation exclusive, ils se fiancent, ils cohabitent, ils se marient et ils ont des enfants, etc. Cette progression n'est évidemment pas uniforme pour tous les couples et elle varie selon les cultures. Toutefois, ce premier élément du schéma descriptif incite le clinicien en période diagnostique à caractériser la force de l'engagement et à repérer certaines différences entre les conjoints qui posent problème. Ces discordances dans le degré d'engagement des partenaires signalent la difficulté, pour eux, de s'entendre sur une définition commune de la relation et des normes relationnelles qui la gouverneront. Voici quelques manifestations typiques de difficultés d'engagement.

1. Compétences sociales étonnantes de l'un pour séduire une personne méfiante, détachée ou non disponible, jumelées à un désintérêt immédiat ou progressif lorsque le conjoint réticent s'engage.
2. Incapacité décisionnelle et paralysie d'un des conjoints quand vient le moment d'intensifier l'engagement – cohabiter ou non, se marier ou non, avoir des enfants ou non, etc.
3. Ruptures temporaires multiples, suivies de réconciliations et de reprises de la relation.
4. Difficultés à s'éloigner de la famille d'origine et des ami-e-s pour s'engager émotionnellement avec un conjoint.
5. Impulsivité qui conduit à escamoter des étapes intermédiaires. Par exemple, une femme rencontre un homme, qu'elle ne connaît pas, lors de l'anniversaire d'un ami commun. Le lendemain, ils emménagent dans l'appartement de l'homme.
6. Établissement d'une relation où les engagements et les rôles sont diffus et changeants sur le plan de l'intimité tant psychologique que sexuelle.

En théorie, la nature et la force de l'engagement contribuent à renforcer le sentiment de sécurité émotionnelle des partenaires et la stabilité de l'union. Lorsque la passion et l'intimité s'affaiblissent, ce sont les processus d'engagement qui prennent, au moins temporairement, le relais et qui assurent la persistance de la relation. Toutefois, plus le degré d'engagement des partenaires est élevé, plus les sentiments de vulnérabilité s'accroissent : conscience aiguë des pertes probables en cas de rupture et renforcement du sentiment de dépendance envers le conjoint. Cette augmentation de l'interdépendance s'accompagne donc de conséquences à la fois positives et négatives.

D'un point de vue clinique, le déclin de l'engagement au sein des relations de couple suit typiquement trois grandes trajectoires. Dans le premier cas, il se produit un éloignement progressif des partenaires qui n'est pas accompagné de détresse conjugale ; ceci est typique des unions qui deviennent des mariages de convenance : la carrière est plus importante que le couple ou le mariage constitue un statut civil pratique pour atteindre des objectifs économiques, politiques ou sociaux. Dans le deuxième cas, les conjoints s'éloignent progressivement, mais ce détachement provoque de la détresse chez l'un ou les deux partenaires. Dans le troisième cas, la distance s'intensifie subitement et elle engendre une grande détresse : découverte d'une infidélité, accident ou maladie qui se solde par une perte abrupte d'autonomie ou prise d'antidépresseurs qui engendre une diminution instantanée du désir sexuel. Le diagnostic différentiel de ces patrons de détachement aide à mieux comprendre la motivation des conjoints à consulter et elle affecte directement, pour le meilleur et pour le pire, la qualité de l'alliance avec l'intervenant.

Même s'il facilite la planification du traitement, ce diagnostic n'est pas simple. En effet, l'examen clinique de l'engagement en entrevue peut provoquer une prise de conscience abrupte du déclin de l'engagement chez le partenaire. En fait, l'expérience clinique et la recherche enseignent qu'au sein d'un couple, les conjoints sont de très mauvais juges de la force et de la nature de l'engagement de leur partenaire (Nock, 1995). La découverte subite de la faiblesse ou de la fragilité de l'engagement du partenaire constitue souvent un choc émotionnel. De plus, même chez un conjoint qui sait implicitement ou explicitement que son partenaire songe à le quitter, chez certains, la discussion ouverte de ces aspects entraîne une hyperactivation de la réponse émotionnelle : p. ex., élévation de l'anxiété d'abandon et intensification de la colère. C'est pourquoi le clinicien doit reconnaître les différents signaux subjectifs et comportementaux d'un affaiblissement de l'engagement et les explorer avec tact en ayant le souci d'observer les répercussions de ces échanges sur l'alliance et d'en discuter au besoin.

Parmi les signaux subjectifs de désengagement, notons des verbalisations du type « Je veux connaître le grand amour au moins une fois dans ma vie » ou « Je ne veux plus faire d'efforts pour changer, j'ai tout donné ». L'intervenant examine aussi, en entrevue individuelle, si un conjoint a parlé de séparation possible avec son conjoint, ses amis ou des membres importants de son réseau ou s'il entretient des fantaisies amoureuses vis-à-vis d'autres personnes. Les signaux comportementaux consistent généralement en des gestes plus concrets : appeler et rencontrer un avocat, prendre un amant, se chercher un logement, se séparer temporairement ou à l'essai et aller habiter pour de courtes périodes chez un parent ou un ami. En période d'évaluation, ces difficultés d'engagement s'expriment souvent aussi par des absences non motivées aux séances prévues, des retards à répétition, la difficulté excessive, voire l'impossibilité, de concilier les horaires de chacun pour planifier les prochaines séances et une participation passive ou limitée aux discussions : un conjoint blague sans arrêt, discute très minutieusement de problèmes au travail qui n'ont pas de rapport avec la situation conjugale ou fait diversion en allongeant les périodes consacrées à discuter du temps qu'il fait, de politique ou de thèmes triviaux.

Les cliniciens de différentes approches soulignent l'importance de l'engagement. La conception cognitive-comportementale du couple s'inspire depuis plusieurs années des théories de l'interdépendance (Kelley et Thibaut, 1978). Plus récemment, le modèle de Rusbult et ses collègues (Rusbult, Martz et Agnew, 1998) est invoqué pour comprendre l'instabilité de la relation. Ce modèle stipule que les individus deviennent progressivement dépendants de leur relation en raison de trois facteurs qu'ils nomment « bases de dépendance » : *a)* le haut degré de satisfaction que l'individu éprouve parce que ses besoins affectifs, sexuels et intellectuels sont comblés ; *b)* la perception qu'en dehors de la relation, il y a peu de partenaires plus attrayants que le conjoint actuel ; *c)* l'ampleur de l'investissement passé et les ressources accumulées (biens matériels, enfants, amis communs, etc.), qui augmentent la valeur d'une relation continue. Ces trois bases de dépendance – les auteurs parlent ici d'une dépendance saine et non d'une dépendance

fusionnelle – incitent à l'engagement envers l'autre. En retour, la force de cet engagement prédit la persistance de la relation. Donc, d'un point de vue étiologique, le clinicien qui constate un problème d'engagement chez les conjoints en cherchera les causes en examinant attentivement les besoins non comblés, la présence de choix plus attrayants que la situation actuelle et la perception des investissements respectifs. Dans ce type de modèle, les difficultés d'engagement sont davantage conceptualisées comme la conséquence plutôt que la cause des déficits sur le plan de l'intimité et d'un faible rapport coûts-bénéfices au sein de l'union.

Les psychothérapeutes de couple d'orientation psychodynamique accordent eux aussi une grande importance à l'engagement. En fait, pour ceux-ci, l'engagement renvoie principalement aux dimensions éthiques et surmoïques de l'interaction conjugale (Kernberg, 1995). Le surmoi se définit par une capacité d'autoobservation, par la conscience morale et par la formation d'aspirations et d'idéaux. Ces fonctions, lorsqu'elles se développent normalement, protègent le couple et permettent aux conjoints de composer avec l'agressivité qu'ils ressentent l'un face à l'autre lors des conflits. Elles ajoutent un ingrédient puissant – le sens de la responsabilité mutuelle et une préoccupation vis-à-vis le bien-être du conjoint – aux éléments liés à l'intimité émotionnelle et à la passion sexuelle. Ces trois composantes – passion, intimité et engagement – entretiennent donc des rapports bidirectionnels. D'un point de vue étiologique, le diagnostic rigoureux des défaillances du surmoi permet de mieux saisir les causes d'un engagement défaillant. Cette démarche diagnostique aide aussi à mieux comprendre les phénomènes d'idéalisation qui sont partiellement responsables du processus de formation des unions et qui renforcent ou fragilisent la stabilité de la relation (Person, 2007).

1. Idéalisation trop faible et étroite : par exemple, la personne choisit un conjoint admiratif, qui prend soin d'autrui sur un mode compulsif, mais elle n'idéalise aucune autre de ses qualités personnelles. C'est le désir narcissique d'être traité en roi ou en reine – ou le désir d'avoir un valet, un infirmier privé ou une muse – qui guide le choix du conjoint plus que les qualités intrinsèques de l'autre.
2. Idéalisation excessive : ici, l'individu attribue au conjoint des qualités qui sont trop éloignées des caractéristiques réelles de ce conjoint. La déception sera difficile à tolérer. Ce type d'idéalisation s'appuie aussi parfois sur une caractéristique physique superficielle : la couleur des yeux ou des cheveux.
3. Idéalisation d'autrui visant à combler une estime de soi chancelante : la personne s'entiche d'un conjoint, mais elle ne peut croire que ce conjoint l'aime vraiment et elle finit par attribuer à ce conjoint ses propres défauts, qu'elle critique sans relâche.
4. Idéalisation unidirectionnelle : ici, la personne tombe en amour avec un conjoint qui ne manifeste qu'un intérêt limité pour les caractéristiques personnelles de l'individu qui se meurt d'amour pour lui. La personne idéalisée consent tout de même à une relation amoureuse pour combler des besoins narcissiques et pour exploiter la naïveté d'autrui.

5. Idéalisation affaiblie par l'envie : par exemple, la personne choisit un conjoint qui jouit d'un succès professionnel marqué, mais la créativité débordante du conjoint déclenche éventuellement une autodépréciation massive qui nourrit le désir de jeter l'autre en bas du piédestal et de détruire ses réalisations par divers moyens – dévalorisation, sabotage, trahison et ainsi de suite.
6. Idéalisation qui ne résiste pas au cumul des stresseurs : l'émergence de problèmes physiques ou psychologiques chez le conjoint ou chez l'un des enfants du couple peut ruiner les fantaisies d'invulnérabilité ou d'autosuffisance d'un des conjoints ou des deux. Ces conjoints remettent alors en question la viabilité du couple, ou chacun blâme l'autre pour ces difficultés. Cette désidéalisation peut aussi être provoquée par des processus développementaux normatifs. Par exemple, l'existence de préférences (et d'aversions) sexuelles différentes et la nécessité de discuter des besoins respectifs de chacun constituent bien souvent des affronts insurmontables à la fantaisie d'une harmonie sexuelle complète (Person, 2007). L'arrivée d'un enfant engendre aussi des processus psychologiques qui se répercutent sur l'idéalisation et sur la vie sexuelle des conjoints : la mère se centre sur l'enfant et le conjoint se sent délaissé, exclu, jaloux ou envieux.

Kernberg (1995) poursuit la réflexion sur la conscience morale et la formation des idéaux conjugaux en distinguant les atteintes légères des atteintes graves au surmoi.

Les atteintes légères au surmoi se répercutent surtout sur la qualité des relations sexuelles, mais éventuellement, elles se répercutent directement sur le désir d'engagement et sur les risques de dissolution de l'union. Les conjoints conservent leur capacité d'autoévaluation critique et chacun demeure sainement préoccupé par le bien-être de l'autre. Par contre, la conscience morale fait obstacle et impose diverses restrictions aux activités sexuelles. Par exemple, un conjoint, généralement l'homme mais parfois la femme, désirera des relations sexuelles mais, sous l'influence d'un surmoi punitif, sa capacité d'éprouver l'excitation sexuelle sera limitée ou disparaîtra lors de la pénétration. À ses yeux, l'intérêt sexuel de son partenaire apparaît excessif et inapproprié, voire grossier et vulgaire. Quand c'est la femme qui souffre d'inhibition, le surmoi prohibitif peut s'exprimer de diverses façons. Par exemple : « Mon mari est comme un chauffeur de camion. Il entre à la maison, il me rentre dedans et il repart ; c'est dégoûtant ! Il ne s'intéresse qu'à la sexualité. » Dans ce cas-ci, la femme se disait incapable de tolérer les avances sexuelles de son mari même si elle était convaincue de son amour. Elle pensait pourtant à la séparation. Chez l'homme, les processus d'inhibition s'expriment aussi par une incapacité de concilier la sexualité et l'amour : « Elle se comporte presque comme une prostituée, ça me trouble beaucoup et j'en perds mes moyens ! » Le conjoint qui n'est pas inhibé apparaîtra distant et peu désireux de connaître l'autre vraiment d'un point de vue psychologique. Cette perception ne correspond cependant pas toujours à la réalité. Souvent, devant les difficultés de son conjoint, l'autre n'insiste tout simplement pas. Règle générale, ces conjoints n'abordent pas la sexualité en évaluation. Ils normalisent

leurs difficultés en invoquant la morale sociale conventionnelle et l'esprit de sacrifice, parfois idéalisé : « C'est normal qu'avec le temps, la passion sexuelle disparaisse ou s'amenuise beaucoup » ou « On a d'autres problèmes tellement plus importants que si j'aborde mes insatisfactions sexuelles, je vais encore rajouter de l'huile sur le feu » ou « On est tellement fatigué tous les deux quand on revient du travail qu'on ne pense même plus à faire l'amour ».

Quand les atteintes au surmoi sont graves, la régulation de l'agression est compromise. Le conjoint a constamment l'impression d'être persécuté, trahi et attaqué par un partenaire autoritaire qui refuse tout compromis : « Il prend un malin plaisir à m'humilier publiquement. C'est un vrai sadique ! » ou « Dès que je fais un pas de travers, il cherche à me culpabiliser et à m'écraser comme si je n'agissais que pour lui faire honte ou lui faire du mal ». L'autre est perçu comme un tyran, manipulateur et méprisant, prêt à recourir à tous les moyens, y compris la violence, pour restreindre la liberté de son conjoint : « Il m'a trahi, il faut qu'il paie, j'ai le droit de me venger. De toute façon, je ne peux m'en empêcher, c'est plus fort que moi ! » Dans ce contexte, les sentiments d'injustice et d'indignation sont utilisés pour justifier les conduites coercitives d'intensité croissante. Kernberg (1995) souligne que, paradoxalement, quand ce type de surmoi plus détérioré commence à se manifester, la qualité des relations sexuelles n'est pas nécessairement entravée. La forte tolérance initiale à l'agression et l'absence de culpabilité chez les conjoints expliqueraient ce répit temporaire. Toutefois, en bout de ligne, ces processus fragilisent l'engagement des conjoints.

Les spécialistes de la psychothérapie de couple centrée sur les émotions, une approche intégrative humaniste/systémique, s'intéressent aussi à la notion d'engagement (voir le chapitre de Lafontaine *et al.*, dans le présent ouvrage). Pour eux, l'attachement constitue un système motivationnel inné et primaire. Tout au long de sa vie, l'être humain cherche à établir et à maintenir un contact stable avec autrui. Ceci est essentiel à la survie physique et psychologique de l'individu. L'engagement émotionnel au sein d'une relation de couple est une stratégie d'attachement primaire qui peut procurer confort et sécurité. Lorsque cette sécurité émotionnelle est menacée (et que la stratégie d'attachement primaire ne donne pas les résultats escomptés), trois stratégies d'engagement pathologique peuvent être observées : anxieuse, évitante, désorganisée ou craintive.

L'anxiété d'abandon correspond à une hyperactivation du système d'attachement. La personne s'accroche à son conjoint, se met à le poursuivre inlassablement et, en bout de ligne, émet une série de réponses agressives, quitte à déclencher une escalade, pour évoquer une réponse émotionnelle rassurante chez son conjoint : « Ça va, oui je t'aime et tu peux compter sur moi. » L'évitement de l'intimité correspond à une désactivation du système d'attachement. La personne tait ses besoins, minimise sa détresse et se détache émotionnellement pour ne pas ressentir la détresse et mettre en péril la relation : « Les choses ne vont pas si mal, je peux m'organiser seul et être patient. » Enfin, l'attachement désorganisé ou craintif se manifeste par une alternance dans le recours aux

conduites d'attachement empreintes d'anxiété abandonnique et d'évitement de l'intimité. Il ne semble pas y avoir de stratégie d'attachement dominante. La personne oscille rapidement entre la crainte d'être abandonnée et le désir d'éviter l'intimité : « J'ai tellement besoin de toi, mais ne t'approche pas trop, je n'ai pas confiance en toi, j'ai peur. » Cette alternance s'observe souvent chez les individus qui ont été victimes de diverses formes de négligence ou de violence physique, psychologique ou sexuelle en bas âge. Dans ce cadre théorique, la faiblesse de l'engagement s'explique donc principalement par la présence de difficultés émotionnelles dans la régulation de l'intimité.

Chez les représentants plus classiques de l'école systémique (Bowen, 1966 ; Framo, Weber et Levine, 2003 ; Minuchin, Colapinto et Minuchin, 2007 ; Sluzki, 2003), les systèmes conjugaux et familiaux sont essentiellement instables. L'engagement et le désengagement y constituent donc des problèmes fondamentaux. Le déséquilibre systémique inhérent aux relations de couple exerce une pression constante sur la stabilité de l'union. Cet équilibre instable s'explique, pour certains de ces théoriciens (Bowen, 1966), par la présence d'un conflit généralisé et indissoluble entre les besoins d'autonomie et de dépendance. Les efforts déployés par chacun des partenaires pour concilier simultanément ces besoins résultent en des cycles incessants d'anxiété de séparation et d'anxiété fusionnelle (Guerin, Fay, Burden et Gilbert-Kautto, 1987). Dès que les besoins d'autonomie et de rapprochement des conjoints divergent ou ne correspondent plus, ce qui se produit inévitablement, les tensions s'intensifient et le système devient instable. Les processus relationnels se stabilisent alors par le recours aux triangles et à la triangulation. Le conjoint le plus en détresse établit une alliance ou forme une coalition systémique avec un tiers pour calmer son angoisse ou pour recruter un allié qui se rangera à ses côtés lors des conflits. Ce tiers peut être un enfant, un amant, un parent ou un ami. L'implication d'une troisième personne dilue les tensions dans le couple et provoque une diversion en créant un problème connexe. Par exemple, un couple fortement désengagé est surimpliqué émotionnellement avec un adolescent qui désire plus d'autonomie. Les conjoints n'ont pas à changer et le système retrouve une stabilité sur de nouvelles bases.

D'autres théoriciens systémiques (Haley, 1963) expliquent l'instabilité fondamentale des relations de couple par la présence de jeux de pouvoir et de contrôle. Ces jeux de pouvoir se révèlent par des phénomènes de double contrainte et d'affirmations paradoxales au sein d'une relation marquée par l'intensité et la dépendance réciproque. Ils se manifestent aussi par des processus de disqualification des perceptions entre les conjoints : « Non, tu n'es pas vraiment en colère contre moi. Je vais te dire ce que tu ressens vraiment, tu es jaloux et envieux ». Ces modes de communication appellent la soumission et ils engendrent des sentiments de méfiance et de futilité vis-à-vis la possibilité d'un dialogue authentique. Le déséquilibre systémique survient alors quand la structure hiérarchique au sein du couple est diffuse ou inflexible. Les partenaires luttent pour déterminer comment les relations familiales seront organisées : « les conflits majeurs au sein du mariage se centrent sur la difficulté de déterminer qui va dire à qui de faire

quoi, dans quelles circonstances » (Haley, 1963, p. 227). Haley précise que lorsqu'un individu introduit un changement dans ses conduites conjugales, l'autre répond en tentant de bloquer ce changement et de rétablir l'équilibre homéostatique du système. En bref, dans les modèles systémiques, tout comme dans les modèles cognitifs-comportementaux, le désengagement semble causé par la présence de problèmes d'intimité : stratégies dysfonctionnelles d'attachement, conflits psychiques entre l'autonomie et la dépendance, dynamiques de pouvoir.

3.2. Intimité

L'engagement et la stabilité ne suffisent pas à satisfaire les besoins relationnels exprimés au sein du couple. En fait, l'analyse qui précède met en relief le fait que, pour plusieurs spécialistes en psychothérapie de couple, l'intimité constitue le moteur de l'engagement.

Ainsi, en psychothérapie de couple centrée sur les émotions (Johnson, 2004), la clé du changement thérapeutique réside dans le dévoilement de sentiments et de besoins inexprimés en présence d'un partenaire réceptif qui ne juge pas. En situation de conflits, les émotions primaires – la peur d'être abandonné, en réponse à une menace du conjoint ; la colère en réaction à une violation de droits ou de principes fondamentaux ; le sentiment d'être blessé, en réponse à une perte – sont souvent hors du champ de conscience des conjoints. Elles sont masquées par des réponses émotionnelles secondaires qui servent à éviter la réaction émotive initiale plus douloureuse : la colère qui recouvre un sentiment de honte ; la tristesse qui camoufle la colère ; la paralysie, l'inertie ou l'engourdissement qui cachent la peur. Le traitement approfondi et systématique des émotions primaires représente une tâche informationnelle complexe. Il nécessite la compréhension et l'intégration de besoins émotionnels dont les racines sont biologiques 1) aux expériences passées qui façonnent les réponses émotionnelles vis-à-vis le conjoint, 2) aux représentations des comportements du conjoint dans le présent, 3) aux conséquences interpersonnelles anticipées des gestes qui pourraient être posés pour satisfaire ces besoins émotionnels.

Le dévoilement des émotions primaires aide à mieux comprendre le comportement du conjoint – lorsque Pierre réussit à parler de sa peur d'être abandonné par Caroline, celle-ci comprend mieux pourquoi Pierre semble si froid et détaché : il cache sa peur de ne pas être à la hauteur des attentes de Caroline. La réintégration des émotions primaires dans le champ de la conscience des conjoints libère aussi des ressources psychologiques auparavant accaparées par la nécessité de dissimuler ces réactions émotionnelles originales. Ainsi, quand Pierre cesse de consacrer ses énergies à fuir sa crainte de perdre Caroline et à se détacher d'elle, son désir de dynamiser l'interaction avec sa conjointe s'accroît. Il parle plus facilement de son inadéquacité et de sa honte tout en acceptant mieux que Caroline exprime sa colère et ses attentes. Enfin, l'accès plus direct à ces nouvelles informations émotionnelles remet en question des représentations figées

et inadéquates du partenaire. Cette remise en question et cette nouvelle forme d'engagement émotionnel facilitent le développement de nouveaux comportements envers le conjoint. Par exemple, quand Pierre parle de sa peur que Caroline le quitte et du besoin qu'il a d'elle, celle-ci saisit mieux la force de son attachement et peut l'encourager à exprimer davantage ses besoins. Ce processus mène à l'intimité et à la disparition des patrons d'interaction rigides et dysfonctionnels. Il participe aussi à l'augmentation de la sécurité des conduites d'attachement. Cette conception de l'intimité est approfondie au chapitre 5 du présent ouvrage.

En psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale, l'enseignement d'habiletés d'expression de soi et d'écoute constituait traditionnellement la principale modalité thérapeutique pour rétablir un climat d'intimité. L'analyse topographique des comportements des conjoints en détresse conjugale a en effet démontré que le répertoire interactionnel de ces couples se caractérise par un faible taux de conduites positives (manifestations d'affection, compliments, collaboration, gestes agréables) et un ratio élevé de comportements négatifs (critiques, coercition, menaces, gestes volontairement punitifs). Ces recherches montrent aussi la présence de fortes tendances à l'escalade : fréquence, intensité, réciprocité et durée des chaînes de comportements négatifs chez les couples malheureux (Wright *et al.*, 2006). Dans ce contexte, l'entraînement à la communication vise à rompre ces séquences interactionnelles et ces chaînes comportementales dysfonctionnelles. L'expression de soi et l'écoute active s'avèrent des comportements alternatifs incompatibles avec les marqueurs comportementaux de la détresse conjugale précédemment énumérés.

L'enseignement de ces habiletés constitue aussi une pierre d'assise indispensable menant à l'acquisition d'habiletés de résolution de problème, d'échanges de gestes positifs et de saine gestion de l'agressivité (Wright et Sabourin, 1985). Au sein de chacun de ces modules thérapeutiques, l'expression de soi et l'écoute active constituent des outils fondamentaux. Plus récemment, Jacobson et Christensen (1996) ont inversé les priorités. L'intimité est maintenant conçue comme le produit spontané de nouvelles expériences encourageant l'acceptation et la tolérance des différences individuelles, sources de conflits. Cette vision se rapproche de celle adoptée en psychothérapie de couple centrée sur les émotions. Trois stratégies thérapeutiques sont employées pour rehausser l'intimité : 1) les stratégies de participation empathique sont appliquées pour augmenter la compassion des conjoints par le partage des émotions douloureuses et des expériences de vulnérabilité – ce type de stratégie correspond au processus d'identification des émotions primaires évoqué plus haut ; 2) les stratégies de détachement unifié incitent à l'objectivation du problème plutôt qu'à l'immédiateté émotionnelle : le problème devient un élément externe, un ennemi commun du couple à vaincre ; 3) les stratégies de tolérance sont employées quand les deux premières stratégies échouent : examen des différences fondamentales entre les conjoints en mettant en relief les aspects positifs de ces divergences, préparation aux stresseurs futurs par l'intermédiaire de

jeux de rôles où chacun adopte volontairement des comportements négatifs. Le modèle cognitif-comportemental de l'intimité est abordé en détail dans plusieurs chapitres du présent ouvrage.

La conception psychanalytique de l'intimité élaborée par Kernberg (1995) se particularise par le recours à la notion de relation d'objet internalisée inconsciente, dynamisée par les pulsions libidinales et agressives. La relation amoureuse met en œuvre, chez chacun des conjoints, un amalgame complexe et varié de représentations et d'affects. Ce sont ces représentations et ces affects qui orientent la conduite des partenaires : processus d'idéalisation, mais aussi formation des objectifs interpersonnels, développement de stratégies d'interaction, mécanismes de résolution des conflits et de régulation des émotions et ainsi de suite. L'organisation cohérente de ces représentations et de ces affects nécessite des ressources psychologiques considérables.

Chez Kernberg (1995), ce travail d'organisation repose sur un mode spécifique d'intégration des expériences. Chaque représentation de soi est associée directement à une représentation d'autrui et cette association est cimentée par un affect particulier : le plaisir, la tristesse, la surprise, le dégoût, la rage, la culpabilité, l'excitation sexuelle, etc. Par exemple, dans une situation précise, un homme peut se conduire comme un enfant dépendant et percevoir son épouse comme une mère nourricière qui le comble d'amour, ce qui le réjouit. Plus ce type de représentations s'active fréquemment et plus l'affect éprouvé est intense, plus cette relation d'objet s'inscrira en mémoire et plus elle guidera le comportement de ce conjoint lors des interactions futures. Il développera des attentes, des objectifs et des stratégies d'interaction qui sont compatibles avec cette dyade objectale, dont ceux-ci plus spécifiquement.

1. Certaines de ces dyades deviendront dominantes parce qu'elles se reproduisent souvent et parce qu'elles sont associées à de puissantes réactions affectives, positives (ou libidinales) ou négatives (ou agressives). Ces dyades s'apparentent alors à des rôles cristallisés dont voici quelques exemples adaptés de Clarkin, Yeomans, et Kernberg (2006) :
   a) le conjoint qui se perçoit comme un enfant méchant et destructeur aux prises, dans son esprit, avec un partenaire qui semble se conduire en parent punitif et sadique ;
   b) le conjoint qui se voit comme un enfant contrôlé et enragé en relation avec un conjoint qu'il perçoit comme un parent coercitif et contrôlant ;
   c) le conjoint qui se sent rejeté et triste et qui voit son conjoint comme un parent désintéressé et centré sur ses propres besoins ;
   d) le conjoint qui se sent défectueux et sans valeur en relation avec un conjoint qui lui semble méprisant ;
   e) le conjoint sexuellement excité qui a l'impression d'être aux prises avec un conjoint séducteur ou castrant ;

f) le conjoint qui se considère tout-puissant et en contrôle qui se voit en relation avec un conjoint qui lui semble faible et soumis ;
g) le conjoint qui se perçoit compétitif et qui craint le contact avec un conjoint punitif qui semble vouloir se venger.

Le lecteur notera que plusieurs de ces dyades mettent en scène des situations où les conjoints occupent une position parentale ou infantile. Ceci n'est pas un phénomène aléatoire, mais bien la conséquence directe des processus de régression qui s'enclenchent dès qu'une relation amoureuse débute. Cette régression repose sur trois facteurs reliés : 1) l'activation rapide, en début de relation, des besoins de fusion chez chacun ; 2) le caractère déstructuré, éminemment privé et prolongé (en principe) des relations de couple : les tâches à accomplir ensemble sont vagues, les rôles et statuts de chacun sont à définir en commun et les normes sociales en matière de conjugalité sont de plus en plus diffuses ; 3) la conséquence de cette absence de structure : une superposition des relations d'objet issues de la relation actuelle et de celles vécues dans le passé avec les parents et avec les personnes significatives de l'environnement.

2. Certaines de ces unités dyadiques objectales ne s'élaborent pas explicitement dans le champ de conscience des conjoints. Elles sont dissimulées sous l'action des différents mécanismes de défense et des modes de régulation implicites des affects : idéalisation ou dévalorisation irréaliste d'autrui, attribution au conjoint de ses propres défauts, répression de ses affects, aveuglement aux affects de l'autre. Ainsi, en surface, un homme peut se considérer enthousiaste et soutenant face au nouveau travail de sa partenaire, qui lui semble performante et compétente. Sous cette première couche peut se dissimuler une deuxième relation d'objet mettant en scène ce même conjoint, jaloux de la promotion de sa femme et subtilement critique face à sa conjointe, qui lui apparaît opportuniste, écrasante et méprisante vis-à-vis son manque d'ambition. Cette superposition d'unités dyadiques contradictoires peut engendrer divers stresseurs conjugaux : d'une part, le comportement de l'homme est implicitement guidé par ces deux relations d'objet sans qu'il le sache trop clairement ; d'autre part, sa femme est soumise à des conduites contradictoires, difficiles à décoder.
3. Les unités dyadiques dominantes chez un conjoint ne s'harmonisent pas nécessairement avec les unités dyadiques dominantes de l'autre conjoint. Ainsi, l'homme peut se voir comme un enfant négligé, frustré par sa conjointe qu'il perçoit comme une mère indifférente. Toutefois, sa femme peut parfaitement ne pas le voir comme un enfant négligé. Elle le percevra peut-être comme un partenaire insatiable, insistant et harcelant qui prend tout, et elle se verra comme une femme exploitée, épuisée et irritée. Cette absence de complémentarité peut engendrer de la confusion, de l'incompréhension, une réduction de l'intimité et un accroissement de la colère.

4. Enfin, chez certains individus plus fragiles, sous l'action de divers stresseurs relationnels, les unités dyadiques dominantes peuvent osciller rapidement. La femme qui se disait comblée et choyée par un conjoint attentif et généreux devient, suite à une remarque désobligeante de celui-ci, méfiante et craintive face à un conjoint qu'elle considère maintenant rejetant et insensible.

L'augmentation de l'intimité passe donc par une prise de conscience élargie de ces représentations internes, de leurs superpositions et de leurs conséquences sur l'interaction.

Ainsi, Jean consulte avec sa conjointe, Béatrice, parce qu'elle désire le quitter. Elle lui reproche son agressivité et ses conduites sexuelles coercitives. Béatrice se soumet docilement à des pratiques sexuelles qui ne sont pas conformes à ses valeurs et qui ne lui plaisent pas du tout. Elle ne se cache pas pour exprimer son dégoût et elle est complètement passive lors des relations sexuelles. De toute façon, elle affirme qu'elle se passe facilement de rapports sexuels. Jean n'éprouve aucune difficulté à se décrire comme un individu viril, exigeant et prompt. Il a des désirs sexuels ardents que sa conjointe doit combler ; elle lui doit bien cela, ils sont mariés. Béatrice lui semble faible, indécise et passive. Jean est beaucoup moins conscient du désarroi qu'il éprouve devant l'absence de désir sexuel de Béatrice. Questionné à ce sujet, après de longues hésitations, il dit entretenir de sérieux doutes sur sa capacité d'amener Béatrice à éprouver du plaisir lors de leurs rapports sexuels. Il n'est peut-être pas l'étalon auquel les femmes ne peuvent résister. Béatrice lui semble alors farouche, indomptable et impossible à satisfaire. Ces couches de représentations superposées ne sont généralement pas accessibles simultanément. Jean adopte une diversité de stratégies d'adaptation pour repousser hors de sa conscience les représentations chargées d'impuissance et de dégoût. Cependant, il n'est pas rare d'observer une alternance rapide des relations internalisées d'un moment à l'autre. Quand Béatrice a contacté un avocat pour explorer ses options, Jean s'est dit décontenancé : « Elle va me briser juste pour avoir le dernier mot et elle a raison de le faire, je lui fais tellement de mal. J'ai honte de ma conduite vis-à-vis d'elle et je suis prêt à changer pour qu'elle me reprenne. Aidez-moi à comprendre ma violence. » Ces changements brusques sont fréquents et ils nécessitent un repérage méthodique et systématique.

En bref, peu importe l'approche utilisée, l'intimité conjugale renvoie à une expérience momentanée de proximité affective, à la conscience provisoire de l'existence d'un lien unique, étroit et privé entre les conjoints. Ce serait le cumul et l'intégration progressive de ces expériences qui mèneraient à des sentiments plus globaux de satisfaction conjugale et de confiance (Laurenceau, Feldman-Barrett et Rovine, 2005). L'examen clinique des déterminants de l'intimité varie cependant selon les approches, et il peut être entrepris de diverses façons.

1. L'analyse de la présence chez les conjoints de traits de personnalité compatibles avec l'intimité.

2. L'examen du répertoire comportemental, incluant spécifiquement les habiletés de communication : dévoilement de soi et réponse émotionnelle d'écoute.
3. L'étude des patrons d'interaction stéréotypés et des conflits psychologiques qui réduisent l'intimité.

A. Les traits de personnalité et l'intimité

L'intimité constitue une propriété émergente des relations amoureuses. En effet, l'intimité se construit au long cours, en fonction des caractéristiques de l'interaction des partenaires. Toutefois, ces propriétés émergentes sont aussi partiellement façonnées par les dispositions émotionnelles préalables de chaque individu. Il existe maintenant un bon nombre de recherches longitudinales établissant la robustesse de la relation entre ces dispositions, ou traits de personnalité, et le degré de satisfaction éprouvée, à court, moyen et long termes vis-à-vis l'union (Donnellan, Larsen-Rife et Conger, 2005). Certains ont même observé un rapport significatif entre le tempérament à trois ans et la qualité de l'intimité vécue dans les relations amoureuses 18 ans plus tard (Newman, Caspi, Moffitt et Silva, 1997). La notion d'attachement jouit aussi du soutien du même type de données probantes (Mikulincer et Shaver, 2006). Toutefois, puisque le concept d'attachement a été examiné dans la section précédente en tant que déterminant de l'engagement, il ne sera pas repris dans la présente section.

Le caractère déterminant des variables personologiques est maintenant reconnu par les psychothérapeutes de couple d'allégeances diverses : cognitive-comportementale, humaniste, systémique et psychodynamique. Les conceptions structurales de la personnalité diffèrent cependant d'une école à l'autre. Ces facteurs de vulnérabilité persistants (Bradbury, Fincham et Beach, 2000) se répercutent négativement sur l'intimité de plusieurs façons. Premièrement, ils imposent une limite directe au degré de satisfaction conjugale éprouvé. Deuxièmement, ils augmentent la réactivité émotionnelle aux événements biographiques perturbateurs qui jalonnent la vie des conjoints. Enfin, troisièmement, ils contribuent au développement de patrons d'interaction dysfonctionnels. Cette documentation ne peut être reprise ici dans son ensemble. Il suffira d'illustrer ces facteurs par quelques exemples traitant du névrosisme, de la propension à être consciencieux, de l'amabilité, de l'ouverture à l'expérience et de l'extraversion.

Le modèle de la personnalité en cinq facteurs (Costa et McCrae, 1991) sert donc de toile de fond à la présente analyse. Cette décision possède une double justification. Premièrement, cette conception est solidement ancrée dans l'étude empirique des traits tels qu'ils s'expriment dans le langage naturel. L'hypothèse guidant ces travaux stipule que les caractéristiques personnelles les plus significatives pour l'ensemble des individus sont encodées dans le langage. Plus il existe de termes pour décrire un aspect de la personnalité – ses nuances et ses manifestations –, plus ce domaine constitue un élément structurant la personnalité. Ces analyses lexicales mènent toutes à l'identification

d'une conception structurale de la personnalité en cinq traits, dimensions ou facteurs. Ces dimensions ont des fondements génétiques, une validité transculturelle, des référents précis dans le tempérament de jeunes enfants et une stabilité temporelle élevée.

Deuxièmement, et d'un point de vue clinique, il semble de plus en plus clair que les symptômes d'un trouble de la personnalité ne constituent en fait que des variations maladaptées des traits normaux de la personnalité (Widiger et Trull, 2007). L'adoption d'une conception intégrative multidimensionnelle des troubles de la personnalité règlerait un grand nombre de problèmes posés par la notion de troubles catégoriels de la personnalité en usage dans le DSM-IV : cooccurrence excessive des divers troubles, recours abusif à la catégorie de trouble non spécifié, démarcation arbitraire vis-à-vis du fonctionnement normal, forte hétérogénéité chez les personnes souffrant d'un même trouble, etc. D'ailleurs, plusieurs soutiennent que, dans la prochaine version du DSM, les troubles de la personnalité devraient être abordés sous l'angle du modèle en cinq facteurs. Il s'agirait là d'une étape décisive vers un rapprochement entre la psychiatrie et la psychologie (Clark, 2007 ; Widiger et Trull, 2007).

En psychothérapie de couple, l'utilisation de la nomenclature issue du modèle de la personnalité en cinq facteurs limiterait les effets négatifs de la stigmatisation associée au diagnostic de trouble de la personnalité. Plusieurs cliniciens évitent en effet d'identifier les troubles de personnalité des conjoints pour éviter de s'enfermer dans une vision psychiatrique et pathologique de la relation. Le recours à un modèle conceptuel qui prend en compte aussi bien les traits normaux que les variantes extrêmes de la personnalité peut réduire les craintes des intervenants. Le modèle en cinq facteurs ne nécessite pas non plus l'adhésion à une vision cognitive-comportementale, humaniste ou psychodynamique de la personnalité. Cette caractéristique réduit les risques de polarisation théorique et clinique autour d'une approche. Enfin, cette catégorisation jette aussi les bases d'une étude scientifique et clinique des patrons de jumelage de la personnalité des conjoints. Le travail clinique auprès des couples aboutit presque toujours à un questionnement de la compatibilité des conjoints sur le plan des valeurs, des styles cognitifs, et des modes de régulation des affects. La notion de personnalité introduit un concept organisateur aidant à mieux saisir la complémentarité des conjoints sur les plans affectifs, cognitifs et comportementaux. L'examen de ces divers appariements et des déterminants personologiques probables de ces jumelages fournit des pistes de compréhension des cycles négatifs d'interaction.

Le névrosisme – aussi nommé instabilité émotionnelle ou affectivité négative – fait référence à la propension à éprouver des émotions négatives. Plus la personne affiche des degrés élevés de névrosisme, plus le seuil de déclenchement d'une réponse émotive empreinte d'hostilité et d'anxiété est bas. Au surplus, ces affects négatifs, une fois déclenchés, persistent longtemps et ils ne se résorbent que lentement (Carstensen, Gottman et Levenson, 2004). Sur le plan du tempérament, les antécédents du névrosisme chez l'enfant se manifesteraient par une hypersensibilité et une intensité de la détresse qui s'exprimerait par de l'anxiété ou de l'irritabilité. Chez des conjoints affichant une

propension à l'instabilité émotionnelle, la fréquence et l'intensité des événements biographiques perturbateurs sont élevées (Bolger et Zuckerman, 1995). Dans ce contexte, l'encouragement au dévoilement des émotions douloureuses, une stratégie employée avec profit dans plusieurs approches et contextes thérapeutiques, constitue donc une arme à double tranchant. En fait, à des doses élevées de névrosisme, la régulation des émotions constitue une tâche complexe. La capacité de réflexion en période de stress est amoindrie mais, de plus, l'encouragement à l'expression des émotions engendre leur intensification et mène parfois à l'escalade et à la désorganisation des interactions. Les efforts de communication sont alors contaminés par une mise en acte de l'hostilité éprouvée (Kernberg, 1995).

Voici une vignette qui illustre le jeu du névrosisme au sein des relations de couple. Marie se décrit comme « une personne prompte et colérique. Je suis assez négative et quand je m'emporte, ça me prend beaucoup de temps avant de me calmer. On dirait que mon système nerveux s'est emballé et je ne suis plus capable de reprendre le contrôle. Après, je m'en veux. Jacques dit que dès que je suis contrariée, je me transforme en mégère. Je dois dire que je suis d'accord avec lui. Ma mère dit d'ailleurs que, plus jeune, j'étais comme ça. » Jacques renchérit : « L'autre jour, quand je suis allé chercher Simone à la garderie, l'éducatrice m'a dit que Simone avait perdu ses mitaines. Quand je suis revenu à la maison et que j'ai dit ça à Marie, vous auriez dû voir la tempête. Je me suis fais engueuler comme si c'était moi qui était responsable. Je n'avais pas cherché assez longtemps dans les locaux de la garderie et à l'extérieur, dans la neige. Quand j'ai essayé de dire que ce n'était pas grave, c'est comme si j'avais mis de l'huile sur le feu. Le ton a encore monté d'un cran et Simone s'est mise à pleurer. Là, Marie s'est calmée un peu mais elle est revenue sur le sujet plus tard dans la soirée et le lendemain matin. » Évidemment, ce mode de fonctionnement impose des limites à l'intimité.

Afin de contrer le cliché culturel répandu selon lequel ce ne sont que des femmes qui possèdent de fortes doses d'affectivité négative, et parce que cela ne correspond pas à notre pratique, voici un autre exemple traitant d'un homme qui affiche une affectivité négative prononcée.

Michel a 38 ans et il est représentant syndical au sein d'une entreprise de fabrication de meubles. Sa femme, Céline, raconte que Michel présente une combinaison d'anxiété et d'hostilité parfois spectaculaire : « L'autre jour, Michel s'inquiétait que je n'aie pas reçu de nouvelles d'une demande de remboursement de frais dentaires que j'avais expédiée, il y a un mois et demi. Il faut dire que Michel, les finances, ça le stresse beaucoup. Bien, vous ne le croirez pas, mais il a appelé la compagnie d'assurance et, en moins d'une heure, il avait réussi à faire peur aux quatre techniciennes à qui il a réussi à parler. Quand il s'est rendu compte qu'elles avaient fait une erreur administrative, les choses n'ont fait qu'empirer. Il postillonnait dans le récepteur téléphonique, il criait encore plus fort et il les a traitées d'incompétentes. La responsable du service de traitement des plaintes m'a rappelée quelques heures plus tard pour me dire qu'elle était désolée de l'erreur qui avait été commise et que je recevrais mon chèque dans trois

jours ; elle était catastrophée. Elle était très polie mais elle m'a dit qu'il fallait calmer mon mari en précisant que tout le monde avait été vraiment bouleversé par son insistance et son émotivité. Bien ça, c'est Michel. Il est pareil ici. Quand je le remets à sa place, il l'accepte bien mais il faut que je tienne mon bout. Au bureau, ils l'appellent le *pitbull.* » À très forte dose, le névrosisme représente un facteur prédisposant non seulement aux dysfonctions conjugales, mais aussi au développement de troubles anxieux et de la dépression majeure (Clark, 2007). Dans ce contexte, la cooccurrence entre ces divers troubles ne surprend guère. Elle est abordée plus en détails aux chapitres 10 et 13 (Bélanger *et al*.). Il ne faut pas négliger non plus les répercussions du névrosisme d'un individu sur la détresse conjugale du conjoint et sur l'intimité au sein de la relation. Ces effets, qui s'apparentent à ceux du harcèlement et de l'intimidation psychologique, sont assez bien démontrés (Bouchard, Lussier et Sabourin, 1999).

Bien que le névrosisme soit le trait qui a été le plus étudié en psychologie du couple, d'autres dimensions de la personnalité ont aussi retenu l'attention. La propension à être consciencieux est une de ces dimensions. Les personnes que cette dimension caractérise se perçoivent comme des individus organisés, compétents et ayant le sens de l'ordre et du devoir. Ils sont délibérés, perfectionnistes, prudents, et ils visent l'excellence. Ils ont une bonne capacité d'autocontrôle qu'ils mettent au service de leur désir d'être approuvé socialement. À de forts degrés, cette caractéristique risque de se transformer en compulsion, en retenue excessive. Elle engendre aussi un surinvestissement du travail et une dévitalisation des relations interpersonnelles. À l'autre extrême du continuum se retrouvent des gens négligents, insouciants, indisciplinés, qui ne valorisent pas la planification. Ces personnes manifestent aussi une forme d'impulsivité rebelle et elles ne cherchent pas à faire bonne impression. Sur le plan du tempérament, ces individus auraient été des enfants ayant un faible contrôle des inhibitions et des problèmes d'attention.

Au sein des relations de couple, deux conjoints se situant aux extrêmes de ce pôle forment une combinaison explosive. Ceci engendre des conflits répétitifs et stéréotypés réduisant l'intimité. Chaque conjoint se forme une vision étroite et rigide du fonctionnement de l'autre. En conséquence, les informations nouvelles, qui déborderaient de ce cadre d'interprétation restrictif et augmenteraient l'intimité entre les conjoints, sont écartées.

Par exemple, Colette et Jean-Guy viennent consulter parce qu'ils ont tous les deux l'impression qu'ils ne se rejoignent plus affectivement ; le lien étroit qui les unissait s'effrite. Quand l'intervenant demande à Jean-Guy de décrire la personnalité de Colette, il répond sans hésiter : « Je n'ai jamais connu de femme plus intègre et mieux organisée que Colette. Comme ingénieure, elle est redoutable, elle peut mener plusieurs projets de front sans faire d'erreurs et j'admire ça. À la maison, c'est pareil. Elle en mène très large et elle est redoutablement efficace. Cependant, parfois, son sens des responsabilités m'épuise. Elle veut que tout soit parfait et il n'est pas question de se reposer. J'avoue que j'aime bien relaxer et que je n'ai pas son niveau d'énergie. » Colette intervient :

« Quand je l'ai rencontré, j'adorais son côté débonnaire et relâché. Il m'a appris à prendre la vie du bon côté. Rien ne l'inquiétait jamais et il n'était pas stressé par les opinions des autres. Maintenant, ça me tombe sur les nerfs ! Il ne fait aucune concession et dès que je lui demande de participer plus concrètement à la vie de la famille, il se sent contrôlé. En plus, même quand il s'engage à faire quelque chose, il a la fâcheuse tendance à " oublier " ses promesses. Je ne sais jamais s'il oublie parce que c'est dans sa personnalité ou si c'est une façon détournée de m'exprimer son agressivité. Je ne me sens plus respectée par lui et j'ai souvent l'impression qu'il abuse de ma patience. »

L'amabilité – ou affiliation, proximité sociale, chaleur, coopération sociale et communion – se définit surtout par la gentillesse, l'altruisme, la confiance, la modestie et la sensibilité. Ces individus sont compatissants, faciles à vivre et désireux d'éviter les conflits. Les personnes qui n'ont qu'une faible tendance à l'amabilité sont obstinées, fières et compétitives. Elles expriment franchement leur colère quand elles ne sont pas franchement désagréables. Sur le plan du tempérament, ces individus auraient été des enfants manifestant un degré élevé d'antagonisme et une faible tendance à la prosocialité. En psychothérapie de couple, le tableau clinique réunit bien souvent des gens aux extrêmes de ce continuum.

Par exemple, Nicole dit de son mari, Marc : « Les gens l'aiment beaucoup, il ne dit du mal de personne, quitte à ne pas dire ce qu'il pense vraiment. Il veut toujours avoir l'air d'un bon gars et se faire aimer. Moi, je le trouve hypocrite et faible. À côté de lui, j'ai l'air d'un monstre. Je ne laisse rien passer et je dis tout haut ce que tout le monde pense tout bas. Quand je pense que j'ai raison, je le dis et je tiens mon bout. Évidemment, mon mari me reproche souvent de le mettre publiquement dans l'embarras. Moi, je me dis que ce n'est pas parce qu'on est propriétaire d'un restaurant qu'il faut que tout le monde nous aime. » Dans ce type de contexte, chacun des deux conjoints reproche à l'autre des attitudes et des comportements qui nuisent à la création d'un climat propice à l'intimité. D'un côté, Nicole trouve que Marc est malhonnête socialement – tout en spécifiant qu'il respecte scrupuleusement les lois. Elle reproche à Marc de ne pas lui faire suffisamment confiance pour s'exprimer franchement vis-à-vis d'elle aussi. Cela la blesse et augmente son sentiment de solitude et d'aliénation. De l'autre côté, Marc trouve Nicole méchante, entêtée et insultante. Il n'a plus envie de se rapprocher d'elle et de partager ses préoccupations. Il sait qu'à la première occasion, elle va le ridiculiser.

L'ouverture à l'expérience renvoie à l'ampleur, la profondeur et la perméabilité de la conscience ainsi qu'à un besoin récurrent d'élargir et d'examiner l'expérience (McCrae et Costa, 1996). Cette attitude se répercute sur l'expérience interne et aussi sur les relations personnelles et le comportement social. L'ouverture à l'expérience se manifeste par la curiosité, l'imagination, la valorisation de l'intellect et des attitudes peu conventionnelles. À des degrés trop élevés, l'ouverture à l'expérience engendre des aberrations cognitives et perceptuelles qui se rapprochent de la schizotypie. À l'inverse, une faible ouverture à l'expérience s'observe chez des gens terre-à-terre, conventionnels,

routiniers, conservateurs et fermés. L'ouverture à l'expérience est reliée au choix du conjoint, à une sexualité libérale et peu stéréotypée et à la satisfaction conjugale (Botwin, Buss et Shackelford, 1997 ; Bouchard *et al.,* 1999 ; Bouchard, 2003 ; Caspi, Herbener et Ozer, 1992). Ces relations s'expliqueraient par une plus grande réceptivité aux sentiments et par un désir soutenu de comprendre ses émotions et celles du conjoint. Les attitudes, les valeurs et les comportements associés à ce trait de personnalité conduiraient donc à une forte capacité d'intimité.

Julien et Maryse, un couple dans la jeune trentaine, consultent parce qu'après quelques mois de conflits intenses et acrimonieux, chacun se mure dans un silence pesant et, éventuellement, inquiétant. Julien trouve Maryse insatiable et difficile à satisfaire. Maryse n'en peut plus de se sentir responsable de l'équilibre de la relation : « Je suis la seule à investir dans ce couple. Je propose de nouvelles activités, j'organise les voyages. Je veux une vie excitante et je déteste être tenue pour acquise. J'ai même proposé qu'on s'inscrive à un club échangiste tellement je m'ennuie avec lui. » Julien qui, au début de la relation, était très attiré par ce côté aventurier de Maryse, se dit maintenant débordé : « On ne peut rien faire comme les autres. Avec elle, il faut toujours faire quelque chose de spécial. Moi, j'aime bien une routine prévisible, je voudrais qu'on s'installe et qu'on ait des enfants, comme nos amis quoi. Des fois, je me dis qu'elle doit être maniaco-dépressive. »

L'extraversion – aussi nommée affectivité positive ou tempérament positif – se définit par une tendance à être chaleureux, grégaire, énergique et sociable. Elle se caractérise aussi par une propension à éprouver des sentiments positifs et à rechercher des sensations fortes. En comparaison, les gens plus introvertis se décrivent et sont décrits comme froids, indifférents, distants, passifs, monotones et vaguement déprimés. Sur le plan du tempérament, ces individus auraient été des enfants timides, soumis, souffrant d'inhibition sociale et affichant de faibles degrés d'énergie et d'activité. L'extraversion est associée à des taux de satisfaction conjugale élevés. Cette conclusion se fonde sur des recherches tant transversale (Bouchard *et al.,* 1999) que longitudinale (Donnellan *et al.,* 2005). Toutefois, à cause du nombre restreint d'études sur cette thématique, la prudence s'impose.

En clinique, l'introversion pose des problèmes particuliers. Ainsi, Mireille et Simon, un couple dans la cinquantaine, consultent parce qu'ils envisagent une séparation. Mireille reproche à Simon son intensité émotive et ses accès de colère : « Rien ne peut être discuté calmement, sans qu'il monte sur ses grands chevaux. Il s'emporte pour un rien et quand il prend le plancher, je ne peux plus placer un mot. » Mireille ajoute qu'elle est aussi préoccupée par la consommation d'alcool de son conjoint qui intensifie cette émotivité désorganisée. Elle voudrait que Simon entreprenne une démarche individuelle pour traiter sa dépendance à l'alcool, mais ce dernier s'oppose farouchement en disant qu'il a consulté un intervenant qui lui a dit qu'il n'était pas alcoolique. En fait, Simon soutient que leurs problèmes conjugaux originent d'une aventure que Mireille a eue, il y a 5 ans : « Depuis, on a ce que j'appellerais un mariage de convenance. On

ne fait presque plus l'amour. On partage le quotidien, on s'occupe des enfants, mais pas plus que ça.» Simon décrit Mireille comme une femme qui préfère la solitude à la compagnie des gens : «Tant qu'elle peut jouer du piano et lire ses romans, elle a l'air contente de sa vie.» Mireille confirme la justesse de cette description et elle ajoute qu'elle fuit les occasions sociales. Elle dit qu'elle est réservée et qu'elle s'intéresse peu aux autres : «Je suis comptable et j'aime mieux aligner les colonnes de chiffres que discuter avec d'autres. Je comprends mal ce qu'ils veulent et ce qu'ils attendent de moi.» En séance individuelle, Mireille précise que son désir de détachement n'est pas constant : «Parfois, je voudrais me rapprocher de Simon, mais je ne sais pas trop comment. Il est tellement cinglant et envahissant quand il s'y met. Des fois, j'essaie d'imaginer ce que je pourrais lui dire, je me fais des dialogues internes, ce que je voudrais qu'il comprenne de moi, ce qu'il devrait me répondre, etc., mais je perds rapidement mon élan et je finis par décrocher. Ça reste dans ma tête et ça ne sort pas.» Cette oscillation entre le détachement et la présence de fantaisies internes non dévoilées n'est pas sans rappeler les descriptions traditionnelles de la schizoïdie. Il y aurait lieu de mieux articuler les rapports entre l'introversion et la schizoïdie.

Évidemment, cette analyse des traits de personnalité est incomplète. Il faudrait tenir compte de l'interrelation complexe entre les divers traits. Ainsi, plus les conjoints affichent de forts degrés d'affectivité négative ainsi que de faibles niveaux d'amabilité et de propension à être consciencieux, plus le champ de l'intimité se rétrécit et les risques de désunion s'élèvent. Cette combinaison particulière des trois traits est fréquente chez des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité limite. De même, une affectivité négative faible jumelée à de faibles taux d'amabilité et de propension à être consciencieux apparaît souvent chez des gens affichant des traits narcissiques ou psychopathiques. En conséquence, la présence de ces traits de personnalité signale la nécessité d'investiguer les risques de violence conjugale (Caspi, Roberts et Shiner, 2005) ainsi que divers comportements relationnels dysfonctionnels : critiquer, mépriser, se défendre et se conduire évasivement (Gottman, 1994). En revanche, la présence d'extraversion et d'amabilité chez un même individu est associée à de fortes compétences sociales et relationnelles.

Les experts se sont souvent efforcés de déterminer quel est l'appariement optimal des traits de personnalité. Sur ce terrain, les théoriciens de la similitude et de la complémentarité se sont affrontés à de multiples reprises. Les premiers soutiennent que plus les conjoints partagent des traits similaires, plus ils sont attirés l'un par l'autre et sont aptes à l'intimité. La recherche de similarité vise à créer un environnement interpersonnel qui renforce les caractéristiques personnelles de l'individu et la stabilité de sa personnalité (Caspi *et al.*, 2005). Les seconds estiment que la complémentarité des traits et des besoins constitue un puissant facteur d'attraction et qu'elle conduit à une plus grande harmonie. Bien que les données empiriques appuient l'hypothèse de la similitude, en clinique, il semble que ce soit le nombre de traits de personnalité dysfonctionnels qui soit associé à une plus forte diminution de l'intimité. La similitude des

conjoints sur des traits de personnalité qui nuisent à l'intimité ne comporte aucun avantage relationnel observable. En effet, le pairage de deux individus affichant tous les deux des taux élevés de névrosisme ou des tendances à l'introversion, à la négligence et à l'antagonisme ne mène certainement pas à une plus grande qualité et stabilité de la relation de couple. Ce type de similitude de traits associés à des dysfonctions interpersonnelles (faible amabilité, introversion), à des problèmes de régulation des émotions (névrosisme) ou à un contrôle maladapté des impulsions (propension trop élevée ou trop faible à être consciencieux) n'engendre donc probablement pas une compatibilité positive des conjoints. De même, la complémentarité des traits dysfonctionnels est aussi associée à des combinaisons hautement pathologiques : couples *borderline*-narcissique, hystérique-obsessionnel et sadique-masochiste.

B. La communication et l'intimité

Chez les spécialistes de la communication, l'intimité est un produit expérientiel résultant d'un processus transactionnel fondé sur deux composantes : le dévoilement de soi et la réaction appropriée d'un partenaire (Laurenceau *et al.*, 2005). Le processus d'intimité ne débute qu'au moment où un des conjoints communique des informations personnelles et nouvelles à son partenaire. Plus ce dévoilement de soi porte sur des aspects émotifs, plus les chances d'intimité s'accroissent. En retour, le partenaire doit émettre des comportements d'écoute et des réactions qui sont adaptées au contenu initial du message transmis. Ces réactions sont adaptées si elles dénotent de la compréhension et de l'acceptation d'autrui. Les réactions adaptées valident le point de vue de l'autre ; elles signalent le souci pour l'autre et le désir d'en prendre soin.

L'expérience d'intimité se produit uniquement si la personne qui se dévoile perçoit cette réaction adaptée chez le conjoint qui écoute. Cette perception de la réaction adaptée nourrit le sentiment de valeur personnelle et elle crée un climat propice à la poursuite du dévoilement de soi. Le processus d'intimité nécessite une oscillation fluide et dynamique des rôles. La capacité du partenaire qui écoutait à se dévoiler, lui aussi, constitue un signal clair de la nature transactionnelle de l'intimité. Ce dévoilement ultérieur, surtout s'il se rapporte à la relation, accentue la perception que la réponse d'écoute était adéquate. Nous ne saurions trop insister sur ce point. L'existence d'un déséquilibre et d'une forte asymétrie dans le partage du temps d'expression et d'écoute représente souvent un signal d'alarme. La relation de couple n'est pas une relation d'aide et la cristallisation des rôles d'expression et d'écoute – c'est-à-dire qu'un conjoint s'exprime systématiquement et l'autre ne fait qu'écouter – peut se transformer en un patron d'interaction pathologique maintes fois décrit dans la documentation clinique : un conjoint joue le rôle de l'infirmier psychiatrique, du père bienveillant ou du sauveteur, tandis que l'autre conjoint occupe la fonction de patient, d'enfant démuni ou de victime. À court terme, ce patron dyadique stéréotypé gonfle l'estime de soi des conjoints – « s'il m'écoute tellement, c'est que j'ai de la valeur à ses yeux et qu'il m'aime comme je suis » ou « si elle accepte mon aide, c'est qu'elle a vraiment besoin de moi et que j'ai

vraiment quelque chose à lui apporter » – mais, à long terme, les risques d'épuisement, d'un côté, et de dévalorisation de soi, de l'autre côté, sont grands. Nous revenons sur cette question au point suivant.

La valorisation mutuelle de la connaissance de soi et d'autrui est donc au cœur de l'intimité. C'est l'effondrement de la qualité du dévoilement de soi et de la réponse subséquente, plus que la nature et la force des conflits, qui serait responsable de l'apparition des problèmes de couple. Les recherches récentes montrent que cette conception de l'intimité s'applique davantage aux relations entre adultes mariés ou cohabitant qu'aux relations d'amitié et aux relations de fréquentation (Laurenceau *et al.*, 2005). Le conjoint occupe donc une place de choix, au sommet de la hiérarchie du réseau social, et c'est de celui-ci qu'on attend la réaction la plus appropriée quand vient le temps de se dévoiler. Dans cette perspective, l'intimité repose donc sur le développement de normes relationnelles communes : priorité à la discussion et au compromis, convergence des intérêts de chacun, légitimité des besoins respectifs, importance du respect, de la fiabilité et de la confiance, caractère unique de la relation, besoin de réparer quand on blesse l'autre, etc. Cette conception de l'intimité est éminemment compatible avec les approches thérapeutiques centrées sur l'enseignement des habiletés d'expression de soi et d'écoute. Ces approches sont bien connues et elles sont abondamment exposées ailleurs (Wright et Sabourin, 1985 ; Wright *et al.*, 2006). Il est toutefois important de rappeler que la présence de traits de personnalité inadaptés impose des contraintes à la fluidité des processus communicationnels, comme on l'a vu plus haut.

C. Les patrons d'interaction et l'intimité

Le repérage systématique des patrons comportementaux rigides et stéréotypés qui caractérisent les échanges des conjoints en détresse représente une priorité diagnostique pour l'ensemble des cliniciens qui œuvrent auprès de couples. Ce sont ces patrons qui interfèrent avec l'intimité. Cette diminution de la flexibilité des conduites des conjoints mène généralement à l'émergence de patrons dyadiques d'interaction désormais bien répertoriés et codifiés par les chercheurs : le cycle demande-évitement, le conflit autonomie-dépendance, le patron rationnel-émotif, la combinaison émancipation-contrôle et les appariements symétriques du type retrait mutuel et menaces réciproques (p. ex., Gottman, 1994).

En psychothérapie de couple systémique, les modèles conceptuels des problèmes d'intimité varient selon plusieurs dimensions (Rohrbaugh, Shoham, Spungen et Steinglass, 1995). Certains prennent en compte l'influence des facteurs culturels globaux et des dynamiques familiales qui se déploient sur plusieurs générations. D'autres se centrent plus étroitement sur le problème de départ et sur les solutions adoptées par les personnes les plus préoccupées pour régler cette difficulté. Par ailleurs, des théoriciens systémiques se préoccupent presque uniquement des comportements des conjoints alors que d'autres s'intéressent aussi à la signification de ces conduites. Enfin, certains précisent

que les symptômes conjugaux jouent des fonctions adaptatives au sein de la famille et d'autres rejettent cette position. Évidemment, ces distinctions laissent place à d'importantes variations diagnostiques. Certains facteurs communs ressortent tout de même. Le couple est vu comme un système structuré sur un mode hiérarchique – il existe des frontières entre le couple et les enfants, s'il y en a, entre le couple et les grands-parents, entre le couple et le système social élargi. Le diagnostic des problèmes du couple nécessite donc l'analyse de ces frontières. Le système est aussi examiné sous un angle fonctionnel. Ces aspects fonctionnels renvoient à l'équilibre du pouvoir au sein de la famille et aux règles qui régissent les relations entre les participants.

Dans un tel contexte, l'absence d'intimité se définit par le durcissement des frontières entre les conjoints. L'accès à l'espace émotionnel et personnel d'autrui se trouve réduit. L'imperméabilité de ces frontières s'explique par l'existence de mésententes quant à l'équilibre du pouvoir entre les conjoints et par le recours à des patrons d'interaction rigides. Les symptômes entretenus par les conjoints (alcoolisme, dépression, anxiété, infidélité, etc.) sont généralement motivés par le désir de protéger son conjoint, de l'aider à éviter à faire face à certaines réalités : par exemple, l'anxiété d'un conjoint prévient la gestion de la colère vis-à-vis l'autre, un conjoint exprime plus ses sentiments en état d'ébriété, etc. (Madanes, 1980).

Le patron poursuite/distance est un bon exemple de séquence interactionnelle typique. En se référant à une conception systémique prenant en compte la signification des comportements, Guerin *et al.* (1987) décrivent le mode de fonctionnement des frontières dans les séquences poursuite/distance. En période de calme, le conjoint en mode poursuite possède des frontières personnelles relativement ouvertes. Cette perméabilité facilite l'échange des pensées et des sentiments. En période de stress, ces frontières deviennent hyper-perméables. Le conjoint en mode poursuite ne choisit plus avec soin les personnes à qui il donnera accès à son espace personnel. Le recrutement d'un confident se fait alors sur un mode quasi aléatoire ; l'anxiété et la détresse émotionnelle sont déversées en grande quantité, peu importe l'interlocuteur. En période de calme, le conjoint qui se tient à distance possède, lui aussi, des frontières assez ouvertes. L'accès à ses sentiments et pensées est possible, mais il est réservé à un nombre très limité de personnes. En période de stress, ces frontières deviennent plus complètement étanches.

Ces deux styles opératoires, poursuite et distance, seraient déterminés par des facteurs tempéramentaux, tels que façonnés par la famille d'origine et par les relations actuelles au sein du couple. Il faut noter ici le jeu des facteurs de personnalité, même en contexte de diagnostic systémique. En période de calme, ces deux styles comportent des particularités qui contribuent à la stabilité du système. Chacun comble les besoins de l'autre. Le conjoint en mode poursuite détecte rapidement une chute de la proximité affective, tandis que le partenaire qui se tient à distance voit au respect des frontières de chacun. En période de stress, ces modalités opératoires entraînent des conflits qui se structurent généralement en cinq étapes.

À la première étape, un stresseur significatif ou une série de stresseurs créent un déséquilibre systémique. Chaque conjoint tente de restaurer son équilibre interne et son confort psychologique en faisant ce qu'il fait le mieux : se rapprocher du conjoint pour se calmer, dans un cas ; s'intéresser aux objets et à des activités concrètes pour s'apaiser, dans l'autre cas. À l'étape 2, ces réponses prévisibles intensifient la détresse et l'anxiété de chacun. Au moment où le partenaire en poursuite a besoin de sentir une connexion émotionnelle rassurante, son conjoint s'éloigne encore plus que d'habitude. À l'inverse, le conjoint qui se tient à distance a, encore plus que d'habitude, besoin de se retrouver seul et il doit faire face aux débordements affectifs de son partenaire. Le cycle poursuite/distance se rigidifie donc un peu plus. C'est généralement à ce stade que les tentatives de triangulation se multiplient : augmenter l'intensité de la relation avec un des enfants, avec un membre de la famille élargie ou avec un ami.

En troisième étape, las de l'échec de ses diverses tentatives de rapprochement et lorsque les processus de triangulation ne suffisent plus à contrôler l'anxiété vécue, le conjoint en mode poursuite cesse de protester, se sent humilié et se retire à son tour. S'il note cet éloignement, le partenaire qui se tient à distance réagit et se place imperceptiblement en mode poursuite. Il demande à son conjoint ce qui se passe et typiquement, l'autre répond : « Rien. » À ce stade-ci, la persistance peut aussi donner des résultats positifs et rétablir l'équilibre de départ. Les partenaires ne comprennent plus ce qui est arrivé, mais ils sont contents de se retrouver. En l'absence de retour à la normale, chacun se place en mode d'attaque et il est difficile d'identifier les modes opératoires de chacun : qui est en mode poursuite et qui est en mode distance. Ces disputes incessantes ont tôt fait d'épuiser émotionnellement les conjoints qui atteignent maintenant l'étape 5. À cette étape, la distance persiste et il n'y a plus de tentatives de résolution de la difficulté. L'indifférence et l'engourdissement règnent.

En psychothérapie de couple centrée sur les émotions, on conçoit un nombre limité de cycles d'interaction négatifs. Ces cycles forment des scripts relationnels où le comportement de chacun est guidé par ses besoins et ses craintes sur le plan de l'attachement. Tous les cycles peuvent être examinés sous l'angle du contrôle qu'exercent les partenaires l'un sur l'autre. Le cycle poursuite/retrait est le patron d'interaction le plus fréquemment observé en clinique. Dans ce cycle négatif, chaque partenaire joue un rôle précis. De plus, les rôles sont distribués en fonction du sexe des conjoints. Le conjoint, habituellement la femme, qui poursuit recherche activement un contact émotionnel avec l'autre, mais elle a l'impression d'en être privée par l'autre. Ses critiques persistantes et ses exigences frénétiques d'intimité accrue sont des signaux de protestation devant l'éloignement du conjoint. Ces comportements caractérisent une réponse d'attachement anxieuse et préoccupée.

Au cours de ce cycle, l'homme est généralement en retrait. Il se mure dans le silence et il refuse l'engagement émotionnel. Plus il se sent vulnérable et inadéquat face aux besoins d'attachement de sa conjointe, plus il s'efforce de recréer une distance optimale vis-à-vis sa conjointe. Quand ses besoins d'attachement sont menacés, les

réponses émotionnelles de l'homme paraissent souvent figées, paralysées et engourdies. Ces comportements dénotent une réponse d'attachement évitante. Dans le cycle poursuite/retrait, chacun se sent contrôlé par l'autre. Le conjoint en poursuite se sent impuissant et fragile devant les refus répétés du conjoint en retrait de lui donner une sécurité affective que lui seul peut lui procurer. Le conjoint en retrait se sent contrôlé par les critiques négatives et le harcèlement incessant de sa femme.

Johnson *et al.* (2005 ; voir aussi Lafontaine *et al.* dans le présent ouvrage) soulignent aussi l'existence de cycles de retrait mutuel. Lors des conflits, chacun des conjoints se retranche dans le mutisme, le détachement ou l'évitement. Ces cycles sont généralement observés chez des couples qui adoptaient auparavant un cycle du type poursuite/retrait. Devant les échecs répétés de ses tentatives de rapprochement, la femme démissionne et débute son deuil de la relation. Ces cycles signalent peut-être aussi la présence d'un partenaire dont les tentatives de poursuite sont tellement délicates et subtiles qu'elles peuvent, à tort, être perçues comme des conduites d'évitement. Dans ces cas, les comportements de poursuite ont tendance à s'intensifier. Les cycles attaque/attaque renvoient presque toujours à des périodes d'escalade et à des déviations du cycle poursuite/retrait où l'homme décide de sortir de sa coquille et de répliquer aux provocations de sa femme. Ces cycles ne sont en fait que des périodes transitoires qui se transforment rapidement en nouveaux cycles de poursuite/retrait. Enfin, les cycles complexes sont souvent diagnostiqués chez des couples où un des partenaires a été victime de traumatismes psychosociaux. Le comportement du conjoint victime de traumas est guidé quasi simultanément par l'anxiété abandonnique et l'évitement de la proximité affective.

En psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale, ces patrons d'interaction sont décrits à l'aide de trois composantes : un thème unificateur, un processus de polarisation et un piège réciproque (Jacobson et Christensen, 1996). Le thème renvoie à un conflit primaire, c'est-à-dire à une classe de réponses comportementales qui servent une fonction unique et qui sont maintenus par des facteurs contextuels similaires. Jacobson et Christensen (1996) mentionnent cinq thèmes principaux chez les couples en détresse : 1) proximité versus distance, 2) contrôle versus responsabilité, 3) je t'aime mais tu ne m'aimes pas versus c'est toi qui ne m'aime pas, 4) l'artiste versus le scientiste et 5) conventionnel versus non conventionnel.

Dans chacun de ces thèmes unificateurs, chaque conjoint émet des comportements qui le situent à un des pôles du thème unificateur. Ainsi, dans le thème proximité/distance, les réponses d'un des conjoints se classent à peu près toutes sous la rubrique « recherche de proximité » tandis que les comportements de l'autre partenaire vont sous la rubrique « recherche de distance » et ce, peu importe la sphère conjugale conflictuelle abordée – les finances, la sexualité, l'éducation des enfants, les activités communes. Ces thèmes renvoient à des différences individuelles fondamentales qui deviennent progressivement source d'incompatibilités et de conflits. Il faut noter, ici encore, l'importance des traits de personnalité puisqu'ils expliquent ces différences individuelles. Puisque

les conjoints en arrivent à concevoir que ces différences sont le facteur causal le plus important de leurs difficultés, il n'est guère surprenant de constater que les conjoints en détresse cherchent désespérément à effacer ces différences. L'incapacité de changer l'autre suscite des frustrations croissantes et devient éventuellement intolérable.

Le processus de polarisation se produit à la suite de tentatives répétées et non fructueuses de changer le conjoint. Ces tentatives de remodeler le conjoint, pour le rendre conforme à ses propres idéaux, se butent à des contre-mesures de retrait et d'attaque. Ce processus résulte en une cristallisation et une accentuation des différences. Celui qui recherche l'intimité la recherche de façon encore plus frénétique. Celui qui établit une distance s'éloigne encore plus pour manifester son indignation. Chaque conjoint pense que l'autre a tort de ne pas se soumettre à ces demandes de changement qui ne sont, après tout, que des tentatives justifiées de remédier aux défauts de l'autre. Le processus de polarisation aboutit à un piège mutuel. En bout de ligne, chacun se sent coincé, impuissant et juge que ses efforts sont futiles : « J'ai fait tout ce que je pouvais ; plus j'essaie, pire c'est. Je ne veux pas arrêter d'essayer de le changer, mais je ne suis pas optimiste quant aux résultats. » Ces sentiments ne sont cependant pas communiqués au conjoint

Dans le thème proximité/distance, les conflits sont déterminés par des différences sur le plan de l'intimité désirée. La démarche de consultation est initiée par le conjoint, souvent une femme, qui cherche à réduire la distance psychologique au sein du couple. Quand les contacts sont établis par le partenaire qui souhaite maintenir une distance plus forte, c'est généralement à la suite d'un ultimatum de divorce formulé par l'autre conjoint. Cet ultimatum est une tentative de réviser l'équilibre du pouvoir au sein du couple. En effet, habituellement, la personne qui fuit la proximité affective exerce un contrôle serré des comportements d'intimité : temps passé ensemble, émotions non dévoilées, etc. Il possède le pouvoir de priver l'autre de l'intimité recherchée. La personne qui désire une plus grande intimité se trouve donc en position de dépendance. Dans ce contexte, la menace de divorce constitue souvent une tentative de reprendre le contrôle de la situation et de modifier le statu quo.

Dans le thème contrôle/responsabilité, un des conjoints désire contrôler une sphère précise des activités conjugales, tout en confiant à son partenaire les responsabilités qu'il ne veut pas assumer. Jacobson et Christensen (1996) donnent l'exemple du mari qui veut que son épouse tienne un décompte précis de toutes les dépenses effectuées dans le couple, mais qui garde la main haute sur toutes les décisions financières importantes. Ces types de conflit sont aussi fréquents chez les couples où l'un des conjoints assumait traditionnellement une tâche précise qu'il veut maintenant confier à l'autre. Par exemple, après trois grossesses consécutives, Line décide de reprendre son emploi et veut confier à son conjoint, Jean, la responsabilité d'organiser la vie familiale : inscrire les enfants à une garderie, les y conduire matin et soir et préparer le souper. Jean est d'accord avec ce plan, mais il est d'un naturel plus lent et moins efficace que Line. Line critique donc à répétition sa façon de s'impliquer. Jean s'impatiente : « Tu dis

que tu es trop occupée à réintégrer ton milieu de travail et que je dois prendre charge du quotidien, mais c'est toi qui établis toutes les règles ! Tu examines tous mes comportements à la loupe et tu veux que j'accomplisse les tâches à ta façon. Désolé, ça ne me convient pas du tout. »

Dans le thème « je t'aime mais toi tu ne m'aimes pas versus non, c'est moi qui t'aime et toi qui ne m'aimes pas », Jacobson et Christensen (1996) soulignent que les conflits sont causés par l'existence d'idéaux conjugaux et de critères d'amour distincts. Ainsi, pour un, l'amour consiste à exprimer du désir sexuel et à inviter l'autre à faire des sorties d'amoureux régulièrement, tandis que pour l'autre, l'amour s'exprime par le partage des tâches domestiques et l'atteinte d'objectifs financiers qui mettront le couple à l'abri du besoin. Dans ce type de situation, chacun est convaincu d'aimer l'autre de la bonne manière et a l'impression que l'autre non seulement critique ses comportements amoureux mais, en plus, ne l'aime pas en retour.

Dans le thème artiste/scientiste – qui renvoie implicitement au pairage hystérique/obsessionnel décrit par les spécialistes d'orientation psychodynamique (Barnett, 1971) – les conflits sont centrés sur les besoins de spontanéité et le désir de profiter de la vie maintenant, sans contraintes d'une part et, d'autre part, l'attrait de la planification et la nécessité d'établir des buts futurs et d'accomplir les tâches nécessaires à l'accomplissement de ces objectifs, quitte à faire des sacrifices maintenant. La confrontation et la conciliation de ces orientations temporelles distinctes – plaisir immédiat sans retenue versus *focus* sur le plaisir à venir et tolérance du délai avant la gratification – créent d'importants problèmes relationnels qui se manifestent dans plusieurs sphères : éducation des enfants (permissivité versus discipline), finances (utilisation immédiate, voire compulsive, de l'argent, quitte à tolérer des dettes, versus accumulation inconsidérée d'importantes sommes d'argent en vue de la retraite) et sexualité (importance du climat romantique et de la créativité versus soulagement rapide des tensions physiologiques et relationnelles).

Enfin, dans le thème conventionnel/non conventionnel, Jacobson et Christensen (1996) soulignent que la description des conflits fait surtout référence à des problèmes qui se rapportent à la complémentarité des besoins et au choix des conjoints. Le partenaire conventionnel – traditionnel, terre-à-terre et conservateur – est initialement attiré par un conjoint différent de lui – créateur, curieux et imaginatif. Il désire se débarrasser de ses entraves et acquérir une plus grande spontanéité. Il veut profiter de l'influence du conjoint pour devenir moins fermé. Cependant, le partenaire peu conventionnel choisit souvent un conjoint conventionnel parce qu'il désire se ranger, devenir moins erratique et aventureux. Il recherche maintenant la stabilité et la conformité sociale. Les risques de déception réciproque sont alors élevés. Le parallèle entre ce thème et la notion d'ouverture à l'expérience introduite plus haut ressort clairement.

En psychothérapie de couple d'orientation psychodynamique, l'examen des processus dyadiques restreignant l'intimité émotionnelle s'est articulé en plusieurs phases (Gurman et Fraenkel, 2002). L'analyse se limitera ici à un bref exposé de trois approches théoriques convergentes : la théorie des contrats interactionnels de Sager (1966, 1976), la théorie du processus de séparation/individuation de Bader et Pearson (1988) et la théorie des relations d'objet de Kernberg (1995).

Le contrat interactionnel (Sager, 1976)

En s'appuyant sur la notion de dynamique contractuelle, Sager (1966) soutient que le mariage s'appuie sur un amalgame d'ententes conscientes et inconscientes spécifiant les obligations de chacun au sein de la relation et les bénéfices que chacun espère retirer de l'union. Ces attentes contractuelles traitent de tous les aspects de la vie du couple : activités individuelles et partagées, répartition des tâches domestiques, gestion des finances, satisfaction des besoins affectifs et sexuels, éducation des enfants, etc. Certaines de ces attentes sont saines, réalistes et verbalisées, tandis que d'autres apparaissent conflictualisées ou névrotiques, non communiquées ou inconscientes. Évidemment, une personne peut aussi être consciente de ses attentes sans saisir les désirs plus subtils de son conjoint. Dans ce contexte, les conflits conjugaux proviennent d'une mésentente à propos d'éléments conscients – « J'ai fait ma part, c'est à ton tour » – ou inconscients du contrat, ou d'une méconnaissance des attentes du conjoint.

D'un point de vue psychodynamique, Sager porte une attention particulière aux éléments intrapsychiques et plus ou moins conscients qui déterminent le contrat interactionnel entre les partenaires. Il s'intéresse surtout aux conflits intrapsychiques et relationnels à propos des besoins psychologiques suivants : indépendance/dépendance, activité/passivité, proximité/distance, dominance/soumission, masculinité/féminité. Chaque conjoint peut osciller entre les deux pôles de ces conflits de même que chacun peut occuper un pôle distinct aux extrémités de ces divers continuums. L'évaluation diagnostique vise alors à identifier les peurs et désirs implicites des conjoints vis-à-vis l'intimité.

1. *Indépendance/dépendance* : le désir et la capacité de l'individu de prendre soin de ses besoins et d'être autonome, mais aussi la nécessité de pouvoir compter sur un conjoint qui complète le sentiment d'identité personnelle, la présence d'un sentiment de valeur personnelle qui dépend étroitement de l'amour du conjoint.
2. *Activité/passivité* : le désir et la capacité de prendre les initiatives nécessaires pour atteindre ses objectifs, la transformation des idées en gestes concrets, les attitudes positives ou négatives vis-à-vis un partenaire actif, mais aussi le plaisir à se placer en position de réceptivité passive.

3. *Proximité/distance* : le désir et la capacité de se dévoiler et de se rapprocher affectivement, l'augmentation de l'anxiété si le conjoint dévoile ses sentiments, ses pensées et ses projets personnels et aussi le désir de contrôler son espace personnel ainsi que le désir et la capacité de résister aux intrusions du conjoint.
4. *Dominance/soumission* : l'utilisation du pouvoir au sein de la relation – abus, répartition équitable, délégation, abdication. Les attitudes et les sentiments vis-à-vis le pouvoir et la soumission : crainte et ambivalence de son propre pouvoir ou de celui de l'autre, besoin intense de contrôler de peur de ne pas avoir le pouvoir.
5. *Identité sexuelle, masculinité/féminité* : le sentiment de sécurité vis-à-vis l'identité sexuelle, la féminisation ou masculinisation à outrance, le besoin excessif d'être rassuré par l'autre.

En plus de ces attentes et contrats individuels, Sager (1976) soutient que c'est le contrat interactionnel commun et largement non verbalisé qui constitue le terrain opérationnel où les conjoints luttent ou collaborent pour satisfaire les besoins de chacun. Il s'agit de l'espace psychologique où chacun tente d'atteindre ses objectifs et d'obtenir de l'autre qu'il satisfasse ses désirs. Il importe peu que ces attentes soient réalistes ou qu'elles soient exprimées sur un mode ambivalent. Voici un exemple de contrat interactionnel. Nous ne présentons toutefois que les aspects dont les partenaires sont les moins conscients et qui ne sont pas verbalisés.

Mario, un avocat de 35 ans, et Monique, une infirmière de 28 ans, cohabitent depuis 6 ans. Mario se plaint de disputes incessantes à propos de banalités. Il est très amer et insatisfait. Monique rapporte qu'elle a choisi Mario à cause de la force qu'il dégage, mais qu'elle se sent maintenant étouffée : « Il est comme mon père, obstiné et entêté. » Elle ajoute que les relations sexuelles sont insatisfaisantes tant sur le plan de la qualité que de la quantité : « J'ai des orgasmes une fois sur quatre et c'est toujours moi qui doit prendre l'initiative. » Mario dirige plusieurs employés au sein d'une firme d'avocats et il se dit préoccupé par les sautes d'humeur que doivent subir ses employés : « Je suis un vrai tyran et j'ai souvent des fantaisies ou j'humilie mes proches collaborateurs. » Monique a refusé de travailler au sein de l'entreprise familiale. Avant de se rencontrer, Mario et Monique ont eu plusieurs partenaires sexuels. Mario aime beaucoup que Monique raconte dans le détail ses expériences sexuelles passées. Par exemple, il est très excité par le récit de la façon dont elle séduisait ses partenaires. Monique se sent coupable d'avoir été aussi active sexuellement et elle aimerait sentir que Mario la désire : « J'aimerais qu'il fasse plus d'efforts pour être un partenaire excitant, je ne veux plus me conduire comme un objet sexuel, je me sens mal après. »

L'analyse des interactions et des attentes de chacun fait ressortir que Mario et Monique sont très préoccupés par plusieurs zones conflictuelles soulevées par Sager (1976) : la domination, l'indépendance, la passivité, l'identité sexuelle. Le degré de

conscience de ces divers éléments fluctue beaucoup. Monique veut être à la fois forte et faible. Elle veut être libre mais aussi être prise en charge dans certains secteurs spécifiques de la vie conjugale : « Les femmes fortes sont froides et elles finissent toujours seules. » Monique veut que Mario la protège sans qu'elle ait à reconnaître qu'elle dépend de lui sur certains points. Sexuellement, elle voudrait que Mario l'aide à exorciser son passé sexuel tumultueux qu'elle concilie difficilement avec son identité féminine. Elle a été très active et regrette plusieurs des gestes qu'elle a posés. En revanche, Mario, même s'il l'admet difficilement, insiste pour que Monique lui procure tout ce qu'il veut, y compris sexuellement, pendant qu'il demeure passif, tout en gardant le contrôle. Il veut que Monique l'admire et qu'elle se répande en compliments sur sa masculinité même s'il prend peu d'initiative et qu'il se sent insécurisé. Selon lui, Monique doit continuer à être attrayante et aguicheuse avec les autres hommes, mais elle doit refuser toutes les avances qu'elle recevra. En retour, il s'engage à être fidèle sexuellement, même s'il est très attiré par d'autres femmes.

Le processus de séparation/individuation (Bader et Pearson, 1988)

En prenant appui sur la conception du processus de séparation/individuation de Margaret Mahler (1986), Bader et Pearson (1988) ont tenté d'identifier les patrons d'interaction dysfonctionnels les plus typiques aux couples en détresse. D'un point de vue diagnostique, il existerait cinq stades développementaux permettant de caractériser le mode de fonctionnement conjugal des individus : la symbiose, la différenciation, la pratique, le rapprochement, l'interdépendance mutuelle.

La symbiose constitue le premier stade de développement ; les acquis typiques de ce stade favorisent le développement d'une relation saine. La recherche de fusion constitue une base relationnelle solide si les deux conjoints y participent, en jouissent et en ressortent. À ce stade, le conjoint cherche à être le plus souvent possible avec l'être aimé. On note une tendance à lire les pensées du conjoint et à croire que l'autre peut faire la même chose. De plus, les différences entre les conjoints sont occultées au profit des similitudes. Si ce stade n'est pas dépassé, les individus ont tendance à développer des relations de couple caractérisées par la dépendance, la difficulté à faire confiance, la contagion émotionnelle et la peur de l'abandon. Il y a alors deux issues possibles.

1. *La fusion et l'enchevêtrement – couple enchevêtré* : évitement des conflits et tendance à minimiser les différences – « Nous ne formons qu'un » –; lorsqu'ils viennent en thérapie, c'est souvent à cause d'un enfant symptomatique (enfant suicidaire, anorexique, etc.) ou parce que l'un des conjoints souffre de dépression majeure ou d'un trouble mental grave. L'absence du conjoint peut engendrer des réactions très fortes oscillant entre la méfiance – « Il me trompe, il gaspille notre argent » – et la soumission totale – « Je suis prête à tout faire pour qu'il reste. Je vais faire tout ce qu'il veut. »

2. *L'hostilité associée à la dépendance – couple hostile/dépendant* : colère et conflits interminables où les conjoints s'entredéchirent constamment à propos de tout et de rien, peur de quitter la relation ou d'être abandonné – « Je ne peux vivre sans toi mais je ne peux vivre avec toi. » Ces couples sont souvent formés d'un individu *borderline* et d'un autre narcissique. Le conjoint *borderline* cherche un conjoint parfait qui va satisfaire tous ses besoins de dépendance alors que le conjoint narcissique est en quête d'un conjoint admirateur qui va l'aider à maintenir l'impression qu'il est parfaitement tout puissant.

Le stade de différenciation se caractérise par une transformation des perceptions du conjoint ; l'autre n'est plus mis sur un piédestal. Il est vu avec plus d'objectivité et de détachement. Il y a aussi une modification de la perception des besoins personnels : « Je veux plus d'espace ! As-tu vraiment besoin de savoir ce que je fais tout le temps ? » Voici quelques signes diagnostiques de l'entrée dans ce stade : 1) les différences entre les conjoints sont mises en relief de façon aigue par un des deux conjoints ; 2) le besoin d'être ensemble constamment chute significativement chez l'un des partenaires et les besoins de privacité augmentent ; 3) on note le développement d'une conscience accrue des sentiments, des pensées et des désirs personnels.

L'entrée dans ce stade se fait parfois progressivement. Les conjoints éprouvent un manque de stimulation parce qu'ils sont toujours ensemble et qu'ils pensent toujours la même chose. Lorsque la période de symbiose dure depuis longtemps, l'accès à la différenciation est souvent précipité par un événement extérieur, par exemple lorsqu'un enfant qui quitte la maison. En thérapie, lorsque les deux conjoints en sont à ce stade, on note fréquemment une impasse du type : « Je vais changer si tu changes ! » Il est alors difficile de concilier les besoins de l'un avec les besoins de l'autre. Les problèmes surgissent aussi lorsque l'un des conjoints en est encore à la recherche d'une relation symbiotique ou lorsqu'il cherche à rétablir l'état antérieur de la relation. Si l'autre s'y objecte, le premier se sent alors trahi et fait des efforts frénétiques pour recréer le paradis perdu – « Mes besoins de confort et de sécurité sont plus importants que tes désirs d'indépendance et de liberté » – ou bien il quitte la relation et se met à la recherche d'un autre partenaire avec qui il pourra vivre la symbiose. Le stade de différenciation se déploie surtout dans le monde interne de l'individu, dans ses préoccupations personnelles non nécessairement exprimées. Au stade suivant, la démarche de différenciation se traduit effectivement en comportements qui actualisent les pensées et les sentiments différenciés.

Le stade de pratique amène donc généralement le ou les conjoints à tourner plus systématiquement leur attention vers l'extérieur et à une recherche grandissante d'autonomie. L'un des conjoints participe sur une base régulière à des activités hors relation à des fins d'épanouissement personnel. Le développement personnel (estime de soi, pouvoir, etc.) semble plus important que le développement de la relation de couple, même si l'individu cherche à maintenir le lien émotionnel conjugal et à résoudre les problèmes du couple. À ce stade, les problèmes surgissent lorsque, selon le cas :

1) l'accent mis sur le développement personnel est trop important ; 2) la relation de couple est reléguée au second rang à cause de la peur de l'intimité ou de la crainte d'être ramené à la symbiose et de perdre son identité ; 3) avec le temps, il y a désengagement ou lutte de pouvoir : « Je veux ce que je veux ! » Les stades de symbiose et de différenciation peuvent être mal assimilés et la perception du conjoint peut se distordre : « Il m'empêche d'assumer mon autonomie. » Inversement, l'intimité peut constituer une menace d'importance pour un individu dont l'individuation est fragile.

Le stade de rapprochement est centré sur la recherche simultanée d'individuation et d'intimité au sein du couple. Il y a alternance équilibrée entre les besoins d'indépendance et la recherche d'intimité.

Enfin, le stade d'interdépendance mutuelle se caractérise par la constance ; il y a recherche de contacts extérieurs stimulants et l'amour est empreint de mutualité – le parfait se réconcilie avec le vrai. La description des deux derniers stades est schématique parce que ce type de couple ne se présente que rarement en consultation. Le lecteur notera que la conception développementale se prête admirablement bien à une analyse des appariements des conjoints en fonction du stade développemental atteint par chacun. L'expérience clinique montre que les difficultés se posent avec acuité dans les cas de jumelages aux trois premiers stades de la relation : symbiotique versus symbiotique de type enchevêtré ou hostile dépendant, symbiotique versus différencié, différencié versus différencié et symbiotique versus pratique. Ces difficultés s'accentuent quand plus d'un stade sépare les conjoints l'un de l'autre. Cet écart de plus d'un stade se solde souvent par une séparation si l'autre n'évolue pas rapidement vers le stade suivant afin que les conjoints atteignent des degrés de maturité similaires ou en voie de le devenir. Ces combinaisons contribuent fortement à l'émergence de patrons d'interaction dysfonctionnels qui réduisent l'intimité émotionnelle au sein du couple.

Les relations d'objet inconscientes (Kernberg, 1995)

La théorie des relations d'objet appliquée par Kernberg aux relations amoureuses s'inspire en partie du cadre psychanalytique élaboré par Dicks (1967) pour comprendre la psychopathologie conjugale. Dicks considère que les relations de couple doivent être examinées selon trois angles : 1) les attentes mutuelles conscientes à propos de la relation ; 2) l'harmonisation et l'intégration de ces attentes aux normes culturelles ambiantes ; 3) l'activation inconsciente, chez chaque partenaire, des relations d'objet issues du passé, lesquelles induiront dans la relation actuelle des rôles complémentaires façonnés par ces relations d'objet passées. Si ces dernières sont dysfonctionnelles, il y a répétition inconsciente de patrons relationnels où les rôles complémentaires sont cristallisés. Cette rigidité des rôles, évoquée plus tôt, inhibe gravement la créativité et la flexibilité des conjoints au sein de la relation actuelle, d'où la détresse conjugale. Kernberg s'est spécifiquement penché sur les relations d'objet inconscientes et sur le rôle de l'agression au sein de ces relations. Son analyse de l'agression porte autant sur les processus de

formation de l'union que sur ceux qui président au développement de l'intimité émotionnelle. Il met aussi en relief l'importance des phénomènes de triangulation et de fixation pathologique des rôles.

Idéalisation, formation de l'union et triomphe du couple sur le groupe

L'intimité émotionnelle chez Kernberg (1995) prend appui sur l'intimité sexuelle mais aussi sur les processus d'idéalisation qui caractérisent le début de la relation amoureuse – idéalisation de l'apparence physique d'abord, de la personnalité ensuite, puis du système de valeurs. En fait, le choix d'un partenaire amoureux repose déjà sur une relation d'objet internalisée plus ou moins consciente et relativement exempte d'agression. Cette relation internalisée met en jeu :

- une *représentation idéalisée de sa partenaire* – « Elle est tellement chaleureuse et expressive, tout en étant artistique et spontanée. En plus, elle a vraiment l'air d'être bien avec moi » ;
- une *représentation idéalisée de soi* – « Je suis l'homme qui lui faut, organisé et rationnel. J'aime prendre charge des situations et je peux lui apporter beaucoup » ;
- un *affect* – « Elle m'excite vraiment beaucoup ! ».

Cependant, le système d'analyse élaboré par Kernberg (1995) se caractérise, nous l'avons dit plus tôt, par l'existence de couches superposées de relations d'objet. Donc, le clinicien fait l'hypothèse que sous cette première couche de relation d'objet idéalisée, d'autres unités dyadiques sont à l'œuvre. Par exemple :

- une deuxième *représentation de sa partenaire* – « Elle me semble dépendante et colérique et elle a aussi un besoin de stimulation et de nouveauté incroyable. Est-ce qu'elle va être envahissante comme ma mère ? » ;
- une deuxième *représentation de lui-même* – « Je sais que je suis parfois insécurisé et que je n'aime pas beaucoup les longues conversations. Aussi, j'aime bien ma routine » ;
- un deuxième *affect* – « Je la crains et j'ai peur de ne pas être à la hauteur de ses attentes ».

En début de relation, le degré d'intégration de ces couches superposées de relation d'objet est limité. La relation d'objet idéalisée prend une place prépondérante dans le champ de conscience de l'individu tandis que la deuxième couche, sous l'action de divers mécanismes de défense, est enfouie. Il ne faut pas oublier d'ajouter à ce premier système de représentations celui activé chez sa partenaire. Ce deuxième système de représentations met lui aussi en évidence :

- une représentation idéalisée du conjoint – « C'est vraiment un homme profond. Il parle peu mais ce qu'il dit est réfléchi. Il est vraiment calmant et sa force tranquille est impressionnante » ;
- une représentation idéalisée de soi – « Je suis vraiment à mon mieux ces temps-ci. Je me sens dynamique et pleine de vie. Je sais que je suis très attachante et ma carrière va tellement bien » ;
- un affect – « Il m'attire au maximum. C'est vraiment merveilleux ».

L'intervenant peut, ici aussi, formuler l'hypothèse d'une couche superposée de relation d'objet plus ou moins bien intégrée et moins accessible à la conscience – « Il est silencieux, conventionnel et il veut tout organiser. Est-ce qu'il sera froid comme mon père l'était ? » ; « Je sais que je ne suis pas toujours facile à vivre. Je grimpe facilement aux rideaux quand je suis stressée » ; « Je suis inquiète et déjà irritée par lui ».

Ces représentations idéalisées sont soutenues par des affects positifs forts et une puissante attraction sexuelle. Chacun voit d'abord chez l'autre ce qu'il cherche et ce qui rappelle une relation d'objet primitive, que ce soit pour la revivre ou la corriger. Ce faisant, il élude les autres caractéristiques du conjoint. La force des affects positifs permet temporairement la mise en veilleuse des affects agressifs. Ces affects agressifs – autant ceux vécus dans le cadre de la relation actuelle que ceux associés aux relations d'objet pathologiques passées – sont éclipsés, via divers mécanismes de défense : idéalisation, déni, clivage, déplacement latéral vers d'autres relations, etc.

L'idéalisation n'agit toutefois comme un rempart contre les relations d'objet teintées d'agressivité qu'à certaines conditions bien délimitées : atténuation, réalisme et mutualité. C'est l'absence de ces qualités qui explique pourquoi l'idéalisation typique aux relations adolescentes ne permet pas de contenir, d'intégrer et de résister à l'agression au sein de la relation. D'un point de vue diagnostique, lorsque le clinicien examine l'histoire de la relation, il la met en lien avec l'histoire personnelle de chacun (relations avec le père, la mère, la fratrie et les personnes significatives de sa vie) et il interroge les motifs qui ont présidé au choix du conjoint. Il vérifie aussi si les conjoints ont vécu une période d'idéalisation de la relation et du partenaire tout en explorant comment les partenaires ont réagi lors des premières disputes. Enfin, il détermine si une forme d'admiration réciproque persiste dans la relation actuelle.

Même au tout début du processus de formation de l'union, le détournement des relations d'objet teintées d'agressivité n'est pas complet. Ces relations internalisées agressives s'expriment principalement – ouvertement ou en secret – en référence au groupe social environnant (Kernberg, 1995). Les partenaires font preuve d'autonomie et de créativité, ce qui suscite une bonne dose d'envie et de ressentiment dans l'entourage du couple. Divers commentaires se font entendre : « On ne te voit plus, qu'est-ce qui t'arrive ? » ; « Si tu nous rejettes, il y aura éventuellement un prix à payer quand tu seras seul(e) et que tu auras besoin de nous à nouveau ! » ; « Tu sais, tes parents ne

l'aiment pas beaucoup ton nouvel amoureux ». La vie privée des couples qui font partie du groupe intrigue et excite la curiosité des membres qui en sont exclus. Ces réactions, souvent négatives, doivent être contrées par les conjoints. L'élimination des obstacles sociaux à la liberté des conjoints s'appuie sur une bonne dose de courage, d'inventivité et d'agressivité. Les hommes et les femmes n'ont cependant pas à composer avec les mêmes difficultés. Chez l'homme, il s'agit de se distancier des propos des autres hommes qui dévalorisent la sexualité – en la déshumanisant ou en la mécanisant sur un mode anal – et qui nient l'importance de la dépendance et du rapprochement vis-à-vis une femme. Chez la femme, l'objectif est de s'éloigner du groupe qui encourage souvent la peur de l'agression masculine, la négation de ses pulsions sexuelles et l'idéalisation défensive d'hommes partiellement asexués.

La relation entre le couple et le groupe social est somme toute tendue. Le couple s'oppose au groupe de diverses manières. Il établit son identité en opposition discrète aux valeurs conventionnelles. Il se délimite un territoire où il échappera au contrôle social. Pourtant, le groupe social est essentiel à la constitution et à la survie du couple. C'est souvent à l'initiative du groupe que certains couples se forment. Le groupe permet aux conjoints de ne pas compter que sur l'autre pour répondre à ses besoins d'affection, de sécurité et de stimulation en cas d'absence ou de maladie du conjoint. Il constitue donc un réseau de soutien essentiel, un refuge où les conjoints peuvent se mettre temporairement à l'abri.

Par ailleurs, l'isolement conduit à des risques d'envahissement et de fusion malsaine qui libèrent de fortes doses d'agression mutuelle. On n'a qu'à penser à l'isolement des couples où la violence menace l'intégrité physique des partenaires. Après un meurtre familial sordide, les commentaires des voisins sont presque toujours les mêmes : « On ne les connaissait que très peu, ils avaient l'air gentils et ils ne dérangeaient personne. On ne les avait pas vus depuis plusieurs semaines. » L'insertion au sein d'un groupe permet parfois la canalisation, la socialisation et l'expression ouverte et contenue des frustrations à l'endroit du partenaire. Par ailleurs, le groupe a aussi besoin du couple. Ce dernier est source d'espoir, il est un signe que l'amour existe, que l'union sexuelle est potentiellement gratifiante à long terme. En période diagnostique, l'intervenant examine les rapports entre le couple et l'environnement social. Il tente de déterminer la capacité des conjoints à s'éloigner suffisamment des groupes d'amis respectifs et de la famille d'origine pour former une union intime. Quels sont les liens qui sont conservés et entretenus par chacun des conjoints ? Ces liens sont-ils bien délimités ? L'intimité du couple est-elle préservée ?

Développement de l'intimité et activation de l'ambivalence

Si l'agression s'exprime initialement surtout à l'endroit du groupe social environnant, il ne peut en être ainsi longtemps. En effet, la capacité de réguler les affects agressifs est fortement sollicitée par le développement de l'intimité émotionnelle et ce, de deux façons.

Premièrement, ces affects surgissent au fur et à mesure que les représentations de soi et d'autrui se teintent d'ambivalence (Kernberg, 1995). L'accroissement de l'intimité émotionnelle mène à une meilleure connaissance des qualités et des défauts du partenaire. Elle conduit aussi à une perception plus juste de ses propres vertus et de ses imperfections. Ces caractéristiques positives et négatives se manifestent lors d'épisodes relationnels qui suscitent des réactions d'intensité variable. Ainsi, l'homme qui admirait au départ l'expressivité de sa conjointe la trouve maintenant hystérique. La femme, initialement rassurée par le flegme de son conjoint, critique maintenant son comportement ennuyant et son manque d'initiative. Les représentations de soi et d'autrui de chacun des conjoints se complexifient. Cette complexité se manifeste par une oscillation plus rapide entre les représentations idéalisées initiales et les autres couches superposées de relation d'objet qui font maintenant irruption avec plus de force et de régularité dans le champ de conscience des conjoints. Les partenaires deviennent ambivalents l'un envers l'autre et ils éprouvent plus régulièrement des affects caractérisés par la déception, l'irritation, la colère et la rage. C'est la capacité de tolérer et d'intégrer sa propre ambivalence et celle de l'autre – le partenaire a de bons et de moins bons côtés, de bons et de moins bons moments – qui permet une meilleure régulation de l'agression.

Deuxièmement, le développement de l'intimité s'accompagne aussi d'une plus forte activation des scénarios relationnels inconscients et des relations d'objet pathologiques passées. Des doses d'agressivité plus fortes devront être traitées au sein de la relation. Chez l'homme, l'ambivalence vis-à-vis sa relation passée avec sa propre mère – tant les aspects gratifiants que frustrants de cette relation – peut interférer avec sa capacité de s'attacher et de dépendre de la femme qu'il aime présentement. Son sentiment d'infériorité devant son incapacité à combler les besoins affectifs de sa mère, s'il est trop fort, peut nuire à l'intégration harmonieuse de la sexualité et de l'intimité (Kernberg, 1995). Concrètement, l'intervenant observe alors un clivage conduisant au sacrifice des besoins sexuels ou des besoins affectifs. Chez la femme, l'ambivalence envers les parents repose sur des perceptions plus ou moins conscientes de rejet ou d'hostilité face à sa féminité et sa sensualité. Ces expériences entraînent chez certaines femmes une propension à développer et à maintenir des relations amoureuses à saveur sadomasochiste (Kernberg, 1995). En clinique, on note alors une tendance au sacrifice excessif de soi et à la culpabilité. À l'extrême, l'agressivité éprouvée envers les parents sur un mode implicite s'exprime au sein de la relation actuelle par une dévalorisation massive du partenaire – malgré l'amour que ce dernier lui porte – et par un désir irrépressible de se venger pour des affronts réels ou imaginaires. À ces risques, il faut aussi ajouter la possibilité, autant chez l'homme que chez la femme, de promiscuité et de comportements sexuels impulsifs.

D'un point de vue clinique, ces difficultés sont souvent relevées par les conjoints eux-mêmes : « Marcel, je ne suis pas ta mère ni ta servante ! Tu veux faire l'amour plus souvent mais tu ne me traites pas comme une femme que tu veux séduire, ne t'en prends

qu'à toi-même ! » ou « Josiane, arrête de me mettre de la pression pour que je devienne parfait comme ton père ! On sait bien que lui, il ne négligerait jamais d'entretenir minutieusement la voiture et la maison familiale pour voir à ton petit confort ». Ces provocations expriment la rage et le besoin de blesser ou d'humilier le conjoint qui refuse l'intimité. Elles signalent peut-être aussi la présence de modes d'interaction déterminés par les relations d'objet passées. Ces relations d'objet passées nuisent souvent à l'intégration de la sexualité et de l'intimité psychologique. Elles expliquent parfois diverses inhibitions sexuelles et la difficulté à tolérer la spontanéité sexuelle de la conjointe (Kernberg, 1995).

La prise de conscience, souvent extrêmement douloureuse, de l'infiltration de la relation actuelle par des scénarios inconscients déterminés par la relation aux parents peut conduire à l'approfondissement de la relation. En période d'évaluation diagnostique, certains conjoints font spontanément ce type de rapprochement : « Je voulais éviter de choisir un homme qui ressemblait à mon père et je me rends compte que mon conjoint possède plusieurs traits communs à ceux de mon père » ou « J'ai vu mon père souffrir toute sa vie parce que maman le critiquait constamment et je me rends compte que je reproduis ce patron avec ma conjointe actuelle ». Quand les partenaires saisissent que l'agressivité éprouvée envers le conjoint prend aussi racine dans l'expérience vécue au sein de la famille d'origine, la capacité de tolérer l'ambivalence s'accroît. Chacun peut alors s'identifier à la démarche de l'autre et mieux comprendre ses propres réactions colériques et celles de l'autre.

Triangulation et fixation pathologique des rôles

Chez Kernberg (1995), les phénomènes de triangulation constituent un mode particulier de scénario inconscient susceptible d'enrichir ou d'entraver l'intimité entre les conjoints. Kernberg recense deux formes de triangulation : directe et inversée. Ces phénomènes de triangulation sont universels, c'est-à-dire qu'ils se produisent aussi bien au sein des relations de couple fonctionnelles que dysfonctionnelles.

La triangulation directe renvoie à la fantaisie inconsciente, chez les deux conjoints, d'un rival exclu, c'est-à-dire d'une personne du même sexe qui représente pour l'autre le partenaire idéal. Cette fantaisie d'un rival que l'on craint reproduit au sein du couple la situation œdipienne. Chaque homme et chaque femme redoute, consciemment ou non, l'existence d'un ou d'une partenaire qui saurait, mieux que lui ou elle, satisfaire son conjoint. Ces fantaisies engendrent l'insécurité émotionnelle et elles peuvent aussi alimenter la jalousie. En revanche, la présence imaginée d'un rival potentiel constitue parfois un stimulant nécessaire pour vaincre certaines inhibitions sexuelles (Kernberg, 1995).

La triangulation inversée est définie par la fantaisie inconsciente complémentaire qu'il existe un représentant idéal du sexe opposé qui serait, en fait, le partenaire parfait pour soi-même. Ainsi, pour se mettre à l'abri du rival et des dommages qu'il pourrait faire, l'esprit corrige le déséquilibre et crée un scénario de vengeance potentielle. Chacun,

en imagination, est courtisé simultanément par deux partenaires de l'autre sexe : le partenaire réel et le partenaire idéal (Kernberg, 1995). Cette fantaisie compensatoire met en scène, elle aussi, la situation œdipienne en introduisant le parent du sexe opposé. En pratique, l'intervenant observe parfois une collusion inconsciente des partenaires qui se mettent en quête d'une tierce partie qui servira une double fonction : rival de l'un et partenaire idéal de l'autre. Les conduites infidèles, qu'elles se limitent à de brèves aventures ou se poursuivent à long terme, sont souvent le résultat de cette collusion (Kernberg, 1995). Les fantaisies de chacun deviennent envahissantes, elles ne sont ni reconnues ni discutées et la tentation devient trop forte. Cette collusion, sans toujours aboutir à l'infidélité, prend aussi d'autres formes pathologiques. L'attitude d'un mari face au confident masculin de sa conjointe – ou vice versa – mène parfois à des excès : crises de jalousie, surveillance étroite des allées et venues, installation d'un logiciel espion pour lire les courriels, consultation des relevés de téléphone cellulaire, et vérification incessante et inappropriée de l'intérêt sexuel du confident vis-à-vis la conjointe. Cette suspicion s'apparente dans certains cas à une méfiance paranoïde injustifiée. Toutefois, en d'autres occasions, l'expérience clinique montre que les partenaires saisissent bien les risques de passage à l'acte chez leur conjoint.

En clinique, ces phénomènes de triangulation s'observent aussi dans la relation à l'intervenant et ce, dès la période diagnostique : « Comment faites-vous ? À la maison, je n'arrive pas à lui arracher un mot et ici il parle plus que jamais. Expliquez-moi ça ! » ou « C'est très frustrant à la fin ! Vous lui dites des choses que je m'évertue à lui faire comprendre depuis des années, mais moi, il ne m'écoute pas, alors qu'il semble boire chacune de vos paroles comme si c'était tout à fait nouveau ce que vous dites » ou « Depuis qu'on a commencé l'évaluation, à chaque fois qu'on vient ici, ma femme reprend vie. Son ton de voix s'anime et ses yeux brillent. C'est cette femme-là que j'ai mariée, comment est-ce que je peux faire pour la retrouver ? ». Évidemment, ces réactions s'expliquent partiellement par la présence d'habiletés relationnelles spécifiques chez l'intervenant, par sa neutralité et par l'absence d'une histoire négative entre l'intervenant et les conjoints. Elles peuvent aussi signaler la mise en œuvre d'un processus de triangulation.

Chez des couples où l'intimité prévaut, les patrons d'interaction sont marqués successivement par l'idéalisation, l'ambivalence et les rapports aux parents. Ces représentations positives et négatives de soi et du partenaire s'intègrent progressivement et elles s'organisent sous le primat des affects positifs. Les représentations libidinales l'emportent sur les représentations agressives. Cette oscillation des relations d'objet confère une profondeur et une flexibilité à la dynamique conjugale. En clinique, cette flexibilité est remplacée par une rigidité et une fixation pathologique des rôles, principalement sous l'influence des relations passées, vécues au sein de la famille d'origine. La relation se résume alors en scénarios simples et stéréotypés, typiques aux situations de conflits conjugaux. Kernberg (1995) présente deux de ces scénarios complémentaires.

- Relation narcissique mettant en scène un homme froid, égocentrique et indifférent et une femme anxieuse, admiratrice, qui se sent privée d'amour mais qui est prête à tous les sacrifices. L'homme cesse rapidement d'éprouver du désir sexuel pour sa femme. Il la traite, au mieux, comme une confidente et, au pire, comme une *groupie* qui nourrit son estime de soi défaillante. La femme s'accroche envers et contre tout à un partenaire inaccessible et décevant. Elle n'arrive pas à être plus sélective dans le choix d'une partenaire.
- Cycles répétitifs où un homme dépendant et immature se plaint de sa femme, dominatrice et hypercritique. À chaque fois qu'il prend une initiative et qu'elle exprime un doute, il redevient passif, infantile et boudeur sans s'expliquer. Il voudrait s'affirmer, mais il attend sagement une permission qui ne vient pas. Elle voudrait un homme fort de qui elle dépendrait, mais elle ne peut le tolérer.

La passion

Les spécialistes en sciences humaines et sociales ne s'entendent généralement pas sur la nature exacte de la passion amoureuse. Il importe donc d'abord de présenter une définition préliminaire de la passion et d'en faire ressortir les principales composantes. Cette analyse est d'autant plus importante que l'érosion progressive de la passion constitue un motif de consultation fréquent en psychothérapie de couple (Doss, Simpson et Christensen, 2004), une cause répandue de justification des conduites infidèles (Weeks *et al.*, 2003) et une raison invoquée pour expliquer de nombreux divorces (Coontz, 2007) et que même chez des couples qui ne consultent pas, l'effritement de la passion résulte en une absence presque totale de relations sexuelles chez plus de 25 % des couples (Meston et Bradford, 2007).

Lors de l'évaluation diagnostique, la passion défaillante et l'émoussement du désir sexuel constituent des symptômes clés de dévitalisation de la relation. Par ailleurs, chez plusieurs couples, cette désexualisation de la relation n'est pas une préoccupation majeure. Les conjoints déclarent qu'ils n'ont plus de relations sexuelles ou qu'ils sont très insatisfaits de leurs échanges sexuels en précisant : « Mais c'est le dernier de nos soucis, on ne vient pas pour ça. » Cette affirmation peut revêtir diverses significations.

- Analyse réaliste compte tenu de la quantité de stresseurs vécus, de la gravité des mésententes (p. ex., imminence d'un divorce) ou de la lourdeur des processus coercitifs activés entre les conjoints et qui ne sont pas nécessairement causés par les difficultés sexuelles.
- Atrophie inconfortable de la vie sexuelle justifiée superficiellement, et d'un commun accord, par la fatigue physique ou psychologique, le surinvestissement du travail et la présence envahissante des enfants. Les rapports amoureux prennent la forme d'exceptions se produisant lors de périodes de vacances, subrepticement au moment du réveil ou à l'occasion d'imprévus.

- Absence presque complète d'activités sexuelles accompagnée d'un vague sentiment de culpabilité en rapport avec la norme sociale. Ici, trois types de cas viennent à l'esprit : 1) des couples que plusieurs qualifient de « colombes », en comparaison aux « faucons », c'est-à-dire des gens chez qui l'agressivité est fortement réprimée et où la tendresse et le soutien mutuel sont débordants : processus de parentification ou de fraternalisation de la relation conjugale ; 2) des cas où les conjoints ne font l'amour que pour avoir des enfants, soit pour des raisons religieuses, soit à cause de fortes inhibitions chez les deux partenaires ; 3) des cas où l'orientation identitaire est marquée par l'asexualité. Ces individus afficheraient de faibles doses d'attraction hétérosexuelle ou homosexuelle.
- Collusion plus ou moins consciente entre les partenaires pour éviter de parler des préoccupations et des difficultés connues de l'un des conjoints : aversion, douleurs, problèmes érectiles, besoins sexuels atypiques et ainsi de suite. Par exemple, certaines infections non traitées contribuent à perpétuer la douleur lors des contacts sexuels. De même, plusieurs conjoints entretiennent la croyance qu'il n'est pas approprié de faire l'amour en période de menstruation.
- Présence de secrets non dévoilés au partenaire : fantaisies et conduites infidèles hétérosexuelles ou homosexuelles, recours aux services d'une ou d'un prostitué et à la cyberpornographie, sexualité atypique, addictions sexuelles et victimisation sexuelle non déclarée à l'enfance ou à l'âge adulte.

Ce ne sont là que quelques-unes des situations où les processus inférentiels et les valeurs de l'intervenant sont sollicités. La pratique clinique est guidée par divers principes : respect de la pudeur, des réticences ou de la morale religieuse des conjoints, mais aussi nécessité clinique d'établir un climat de permissivité, de procéder à une analyse diagnostique approfondie des zones de souffrance dissimulées et de confronter les problèmes d'intégrité des conjoints. La conciliation de ces principes gagne à s'appuyer sur une définition et sur une analyse des composantes de la passion.

Cet examen des composantes de la passion cédera ensuite le pas à la présentation de quelques modèles contemporains qui peuvent guider la pratique clinique auprès des couples où la passion fait défaut : conceptions sociobiologique, comportementale, systémique et psychodynamique. Nous accordons aussi une place de choix au modèle fondé sur la notion d'attachement.

Définition de la passion

Le statut théorique de la passion, cette troisième composante de notre schéma de psychopathologie descriptive des problèmes du couple, est ambigu. Certains y voient surtout un système comportemental spécifique alors que d'autres réfèrent à un système affectif et émotionnel ou motivationnel et identitaire. La conception proposée ici s'inspire d'une vision intégrative de la passion. Ce modèle mixte de la passion fait autant

appel aux systèmes comportementaux qu'aux systèmes affectifs, identitaires et motivationnels. En fait, la passion constitue une expérience multidimensionnelle complexe qui comprend :

- une puissante composante affective, généralement positive, centrée sur l'excitation sexuelle éprouvée dans le cadre d'une relation empreinte de mutualité. Les convulsions émotives unidirectionnelles prolongées s'apparentent davantage à une forme d'intoxication narcissique soutenue par la colère et le désespoir qu'à la passion ;
- une configuration de réponses motivationnelles persistantes centrées sur des objectifs prioritaires, fortement investis émotionnellement (voir la composante précédente), sur des projets communs à court, moyen et long termes : le désir de séduire, le goût des contacts sexuels, l'attrait de se reproduire et de fonder une famille, le besoin de plaire à l'autre, de passer du temps avec lui ou elle et ainsi de suite ;
- des tendances comportementales naturelles d'approche et d'exploration qui se manifestent autant par des conduites non verbales et paralinguistiques – expressions faciales typiques, ton de la voix – que verbales ou physiques – compliments, marques d'appréciation, caresses, activités sexuelles ;
- des répercussions sur le cœur de l'identité, qui connaît une expansion soudaine et rapide, le soi incluant désormais la représentation du partenaire. Ici, le jeu des phénomènes d'idéalisation et d'identification au partenaire prend toute son importance et il est appuyé tant par les spécialistes de la psychologie sociale appliquée (Murray, Holmes et Griffin, 1996 ; Zentner, 2005) que par les tenants des approches psychanalytiques (Kernberg, 1995 ; Person, 2007). La passion fournit l'occasion de consolider ou de réorganiser la personnalité (confiance en soi accrue, prise de risque, développement de nouveaux intérêts, de nouveaux rôles). Évidemment, ces occasions peuvent être ratées et l'absence de réciprocité de la passion expose à des dangers de fractures du soi et de désorganisation des comportements.

Évidemment, toute définition de la passion se bute à des limites. Nous nous pencherons ici rapidement sur quelques difficultés conceptuelles et pratiques posées par la précédente analyse descriptive.

Premièrement, bien que les composantes émotionnelles intenses de la passion fassent généralement consensus, la plupart des théoriciens majeurs n'incluent pas la passion, l'excitation sexuelle ou l'amour dans leurs typologies des affects ou des émotions fondamentales (Gonzaga, Turner, Keltner, Campos et Altemus, 2006). Cette difficulté persiste même si certains spécialistes soutiennent maintenant que l'excitation sexuelle représente une émotion universelle, associée à des expressions faciales spécifiques, à des modes d'appréhension cognitive de l'expérience distincts et à des marqueurs neurobiologiques particuliers.

L'exclusion quasi généralisée de la passion, de l'excitation sexuelle et de l'amour des principales typologies émotionnelles (Ekman, Izard, Tomkins, etc.) ralentit le progrès des connaissances scientifiques susceptibles de mener à une compréhension approfondie des dimensions affectives de la passion amoureuse. En conséquence, l'évaluation et le traitement des problèmes de passion amoureuse ne reposent pas encore sur des connaissances empiriques éprouvées. Par exemple, la nature précise des rapports entre le désir sexuel et la passion amoureuse n'est pas encore bien délimitée. Certains soutiennent que la relation entre les deux concepts est univoque et que ces termes sont interchangeables, alors que d'autres précisent que la passion ne se limite pas au désir sexuel. Dans ce dernier cas, et c'est l'option endossée ici, la passion aurait un caractère plus englobant et ferait aussi appel à des facteurs qui ne relèvent pas uniquement de la sexualité : entre autres, l'admiration du partenaire et de son système de valeurs et la flexibilité plus grande de la personnalité. Ce débat gagnera en clarté au fur et à mesure que la recherche fondamentale en psychologie de l'émotion progressera.

Deuxièmement, la définition présentée ne propose pas de critères opérationnels de démarcation des aspects matures et pathologiques de la passion. Plusieurs se sont employés à souligner le côté obscur de la passion amoureuse. Karpel (1994) signale d'ailleurs qu'en matière de relations amoureuses, les comportements de violence physique n'émergent que rarement avant que l'intimité sexuelle ne s'établisse. La médiatisation à outrance des crimes dits « passionnels » fournit diverses occasions de repérer l'ambivalence sociale à l'égard des excès de passion. Ces crimes ont leur propre mystique et d'ailleurs, Person (2007) souligne avec beaucoup d'à-propos que dans plusieurs cultures, ces délits ne sont pas punis, qu'ils suscitent un pardon inconditionnel ou qu'ils engendrent l'admiration. Il faut pourtant reconnaître que s'il s'agit là de passion, il serait plus utile de parler de passion de détruire que de passion amoureuse.

En définitive, la passion est fréquemment associée à une variété d'expériences qui s'apparentent autant aux troubles mentaux qu'à l'amour : aveuglement, compulsion, obsession, esclavage passif, perte de contrôle. La cinématographie contemporaine regorge d'exemples illustrant les dérapages de la passion : *Attraction fatale*, *37,2° le matin*, etc.

Vallerand *et al.* (2003), en discutant de la passion entretenue vis-à-vis diverses activités quotidiennes, soutiennent que la passion harmonieuse se caractérise par des affects positifs, un engagement behavioral flexible guidé par la raison et la liberté et un enrichissement équilibré de l'identité. En revanche, ces auteurs précisent que la passion malsaine se distingue par la prédominance d'affects négatifs, la présence d'obsessions et de compulsions, motivées exclusivement par le souci de maintenir une estime de soi défaillante et l'envahissement disproportionné du champ identitaire. Ces travaux contribueront à départager la mobilisation positive de l'agressivité et de l'affirmation de soi au service de la passion et la rage haineuse au service de la destruction de soi et d'autrui (Kernberg, 1995). À ces éléments de distinction, nous ajoutons la mutualité de la relation en tant que composante d'une passion amoureuse saine. Les comportements de prédation

et divers actes de violence destructrice sont généralement associés à une passion amoureuse unilatérale et exempte de réciprocité. Cette comparaison des formes harmonieuses et obsessionnelles de la passion fournit une série de critères préliminaires qui guideront éventuellement la réflexion clinique.

Troisièmement, l'analyse des dimensions sociales qui façonnent la passion amoureuse mériterait probablement d'être entreprise avec plus de vigueur et devrait peut-être soutenir toute tentative de définition de ce phénomène. C'est en effet un lieu commun que d'affirmer que divers impératifs institutionnels et culturels transforment les modes d'expression et de régulation de la passion amoureuse (Firestone, Firestone et Catlett, 2006 ; Kernberg, 1995). Limitons-nous ici à quelques exemples pour illustrer notre propos.

L'analyse des pratiques médiatiques montrerait assez facilement le rôle de la télévision dans l'amplification de l'hypersexualisation ambiante des rapports humains. L'évocation à peine voilée d'une crise majeure des pratiques sexuelles normatives est repérable dans plusieurs émissions télévisées – magazines télévisés, téléréalité, etc. La religion constitue aussi une institution sociale où les discours sur les mœurs sexuelles acceptables, sur la dignité du corps et sur la passion amoureuse sont abondants et sources de tensions individuelles et sociales bien documentées. Le nouveau puritanisme sexuel s'abreuve à plusieurs sources, et le rôle du fondamentalisme religieux à cet égard gagnerait à être analysé.

Enfin, les institutions économiques et politiques contribuent, elles aussi, aux images sociales de la sexualité et de la passion amoureuse. Non seulement le tourisme sexuel, la prostitution et la pornographie sont des industries florissantes mais ils participent aussi à la propagation de divers stéréotypes psychologiques, sexuels et raciaux à propos de la passion amoureuse. L'ingénierie, la mécanisation et la déshumanisation des rapports sexuels ne sont que quelques-unes des conséquences les plus visibles lorsque la sexualité est mise au service de l'économie. Au surplus, Gamson et Moon (2004) notent d'ailleurs, avec beaucoup d'à-propos, le détournement de la sexualité à des fins d'oppression sociale via le développement de divers stéréotypes sexuels raciaux.

L'exotisme sexuel des femmes asiatiques, l'appétit sexuel vorace des femmes noires, l'innocence sexuelle des femmes blanches ne sont que quelques-uns de ces clichés. Au-delà du racisme sexuel à dénoncer, il faudrait aussi examiner comment l'économie, la politique et les progrès médicaux s'entrecroisent pour disséminer des attentes sexuelles irréalistes, une vision de la passion amoureuse fondée sur le rapport de force et la valorisation d'attributs sexuels artificiels. L'examen des effets du recours à la chirurgie esthétique pour modifier l'apparence de diverses parties du corps féminin (lèvres, seins, nez, fesses, etc.) et masculin (taille du pénis, pectoraux, fesses et mollets artificiels, mâchoires élargies) sur la passion amoureuse constituerait un bon point de

départ de cette réflexion. Le nombre croissant de demandes de consultation conjugale suscitées par la découverte traumatique de la présence continue du partenaire amoureux sur des sites de cyberpornographie illustre aussi le propos.

La passion constitue donc un phénomène à facettes multiples dont les déterminants sont biologiques, psychologiques et sociaux. L'intervenant gagne à se doter d'une grille d'analyse susceptible d'organiser sa compréhension des obstacles à la passion amoureuse. De l'asexualité à la frénésie sexuelle, en passant par diverses inhibitions et excès, le clinicien est confronté à plusieurs profils d'expression des difficultés. La restauration de la passion nécessite le développement de méthodes d'évaluation et d'intervention spécifiques qui portent autant sur la sexualité que sur l'intimité et l'engagement. C'est pourquoi nous exposons brièvement ci-après quelques modèles théoriques susceptibles d'enrichir les protocoles diagnostiques et thérapeutiques. Le chapitre de Bergeron et ses collaborateurs dans le présent volume constitue aussi une tentative d'intégration bien réussie de ces diverses préoccupations. Il importe cependant de signaler le caractère synthétique de notre exposé. Bien souvent, chacun de ces modèles de la passion se subdivise en plusieurs courants théoriques distincts qui ne peuvent tous être abordés.

Quelques modèles théoriques

– Modèle sociobiologique

Les théoriciens d'orientation sociobiologique (Buss, 1994 ; Simpson, 1994) discutent de la passion comme d'un système comportemental et motivationnel prééminent s'exprimant par des conduites sexuelles visant essentiellement l'accouplement, la reproduction, la dispersion du bagage génétique et la survie de l'espèce (*mating system*). Cette hypothèse évolutive stipule aussi que la passion cimente l'union temporairement, jusqu'à ce que les dispositifs d'engagement et d'intimité se mettent en place pour soutenir la relation. Ce deuxième système comportemental, fondé sur le développement de liens affectifs (*pair bonding system*), s'active pour assurer, à moyen et à long termes, la sécurité économique, physique et psychologique de la famille et de ses membres.

Dans un tel contexte, la passion équivaut largement au désir sexuel et elle se manifeste par un ensemble organisé de comportements spécifiques (verbaux et non verbaux), comportant des buts proximaux spécifiques, à priorité élevée (promotion du contact initial et des conduites sexuelles), sensible à des marqueurs physiques indépendants de fertilité (jeunesse, attributs masculins ou féminins, odeurs spécifiques liées aux phéromones, santé physique) et soutenu par des processus neurobiologiques particuliers (androgènes et œstrogènes). Les fonctions et les sous-objectifs de ce système comportemental de régulation de la sexualité seraient diversifiées (Birnbaum et Reis, 2006).

1. Puisque l'ovulation ne constitue pas un phénomène physique apparent, la passion sexuelle assure une présence continue du partenaire masculin jusqu'à ce que l'objectif immédiat, l'imprégnation du partenaire, soit atteint. Les affects

positifs intenses éprouvés lors des contacts sexuels augmentent la motivation sexuelle des partenaires et se répercutent sur la fréquence des rapports sexuels. En revanche, la fréquence des contacts sexuels calme les incertitudes et les craintes de l'homme, qui entretient toujours des doutes sur sa paternité.

2. La passion sexuelle facilite aussi l'évaluation approfondie des aptitudes du conjoint et de la compatibilité des partenaires.
3. La passion accroît l'engagement et augmente les chances de survie de la progéniture et la probabilité que cette progéniture, à son tour, se reproduise.
4. Les affects négatifs et l'aversion éprouvés (culpabilité, détresse, ressentiment) lors de certains types de contact sont apparus chez la femme non seulement en réponse à des expériences douloureuses, mais aussi pour restreindre l'expression de la sexualité dans certains contextes, pour promouvoir la chasteté, puis la fidélité, et pour augmenter son attrait à titre de partenaire à long terme.

L'intimité et l'engagement forment donc les bases d'un second système comportemental qui prend le relais de ce premier processus transitoire centré sur la passion sexuelle. D'autres processus biologiques semblent alors en cause (ocytocine et opioïdes endogènes). D'un point de vue temporel, les processus relationnels propres à la passion suivent une trajectoire développementale qui atteint rapidement son point culminant. Ces processus s'estompent ensuite progressivement pour céder le pas à l'intimité et à l'engagement, qui comportent des fonctions, des marqueurs et une infrastructure neurobiologique indépendants de la passion. La coordination de ces systèmes quasi indépendants de régulation de l'accouplement et des liens affectifs ne requerrait des efforts d'organisation qu'en début de relation.

Cette conception sociobiologique est compatible avec le point de vue d'un grand nombre de théoriciens en psychologie du couple et d'intervenants qui soutiennent que la passion constitue la principale caractéristique du premier stade des relations amoureuses et qu'elle est éventuellement remplacée par l'affection et l'amitié (Aron et Aron, 1991 ; Berscheid, 1985 ; Sternberg, 1986). La passion ne pourrait durer plus de quelques années avant que la routine, l'ennui et l'usure ne s'installent. On invoque souvent la notion d'érosion inévitable des renforçateurs et la métaphore d'une drogue qui perd ses effets pour appuyer ces affirmations. Ce confinement de la passion à un stade évolutif particulier de la relation amoureuse ne correspond pas à la définition esquissée plus haut. Nous soutenons en effet, avec plusieurs autres, que chez bon nombre de couples, les composantes affectives, identitaires, motivationnelles et comportementales se conjuguent harmonieusement à tous les stades de développement de l'union. Cette passion est, bien sûr, d'intensité variable, mais elle constitue une structure relationnelle et psychologique accessible et susceptible de soutenir la relation à divers moments. Nous reviendrons sur ce point plus loin.

– Modèle de l'attachement

Alors que la conception sociobiologique met l'accent sur le caractère largement orthogonal des systèmes d'accouplement et de liens affectifs, les théoriciens de l'attachement conçoivent l'attachement et la sexualité comme des systèmes comportementaux et motivationnels en équilibre dynamique (Birnbaum, 2007). Chez des individus sécurisés – ou autonomes –, ce qui représente approximativement 55 % de la population, l'exploration sexuelle se déploie surtout dans le cadre de relations à long terme. L'attachement sécurisant crée donc un contexte propice à l'engagement sexuel (Brassard, Shaver et Lussier, 2007). En retour, la qualité de cet engagement sexuel accroît la satisfaction et la stabilité relationnelle. Cette réciprocité harmonieuse de l'attachement et de la sexualité conduit à une intensification des affects positifs ressentis et à une diminution des émotions négatives éprouvées lors des contacts sexuels. Ces individus rapportent aussi une fréquence d'activités sexuelles plus élevée que les individus insécurisés.

En revanche, chez les individus anxieux – préoccupés ou anxieux /ambivalents – qui forment environ 20 % de la population, la coordination de l'attachement et de la sexualité est trop étroite. En situation de stress, ces individus ont recours à une stratégie d'hyperactivation du système d'attachement. Ils manifestent un désir accru de proximité affective et de sécurité. La frustration prolongée des besoins d'attachement entraîne l'émission de réponses de protestation et d'agrippement. Ces réponses émotionnelles et comportementales visent des objectifs interpersonnels précis : inciter la figure d'attachement à se rapprocher davantage, à donner plus du soutien et à contribuer plus étroitement à la régulation des affects négatifs. L'adoption d'une telle stratégie n'est pas sans se répercuter sur la nature et la qualité des relations sexuelles. La sexualité est utilisée pour moduler les sentiments et les risques d'abandon. En fait, les conduites sexuelles revêtent parfois un caractère obsessionnel et elles visent surtout à combler des besoins de proximité affective, d'approbation et de réassurance. Par exemple, l'initiation d'activités sexuelles servira de manœuvre pour apaiser la colère du partenaire ou pour obtenir son affection.

Des études récentes montrent que l'individu possédant des conduites d'attachement empreintes d'anxiété émet plus de réactions négatives, phobiques ou ambivalentes aux stimuli sexuels que l'individu sécurisant (Birnbaum et Reiss, 2006). Ces chercheurs rapportent aussi moins de passion émotionnelle lors des relations sexuelles ainsi que des degrés plus faibles d'éveil et de réactivité orgasmique. Au surplus, ils notent que l'anxiété abandonnique amplifie les effets – négatifs ou positifs – de la sexualité sur l'interaction.

À titre d'exemple, voici un type de commentaire souvent formulé en psychothérapie de couple par des partenaires anxieux sensibles à la signification profonde des conduites sexuelles et à leur valeur en termes d'attachement : « J'étais tellement blessée, tu ne m'as pas regardée une seule fois dans les yeux pendant que nous faisions l'amour. Pourquoi faut-il tout le temps que tu me pénètres par l'arrière ? J'ai l'impression que ça

pourrait être n'importe qui et ça serait la même chose pour toi. » Ici, la complexité de la tâche du clinicien réside dans la nécessité d'évaluer simultanément *a)* la rigidité des préférences de l'homme en matière de positions sexuelles ; *b)* si la flexibilité de l'homme est en cause, les fantaisies activées chez ce dernier lorsque cette position est adoptée : domination, pouvoir, plaisir accru, réduction de la pression éprouvée quand sa partenaire le regarde, création d'une distance émotionnelle et ainsi de suite ; *c)* les significations relationnelles attribuées par la femme à cette préférence à savoir si celle-ci est perçue comme du rejet et une violation des besoins d'attachement ; *d)* la capacité de la femme d'éprouver du plaisir dans diverses positions sans ressentir de culpabilité.

L'enchevêtrement de l'attachement et de la sexualité observé chez les personnes anxieuses n'entraîne que rarement les résultats escomptés. En effet, celles-ci acceptent des pratiques sexuelles qui ne leur plaisent pas et leurs besoins sexuels ne sont donc pas satisfaits. De plus, le recours à la sexualité pour calmer l'insécurité affective augmente les risques de violence physique, psychologique et sexuelle au sein de la relation. L'activation d'une telle dynamique engendre, à l'extrême, des comportements d'asservissement, d'exploitation et de rejet. L'acceptation de pratiques sexuelles non désirées s'accompagne éventuellement de sentiments de déception, de solitude et d'aliénation et crée un cercle vicieux. L'hyperactivation du système d'attachement conduit à des compromis sexuels insatisfaisants et le rejet vécu parce que le partenaire ne semble pas s'intéresser aux besoins de l'individu anxieux aboutit, lui aussi, à une hyperactivation de la réponse d'attachement. Voici un exemple de réaction typique à des compromis unilatéraux : « Ça fait plusieurs fois ce mois-ci que j'accepte que tu me sodomises, mais quand je veux que tu me caresses avec plus de douceur, tu t'impatientes et je vois que le cœur n'y est pas. Tu ferais mieux d'aller voir une prostituée ! De toute façon, je suis sûre que tu t'apprêtes à me quitter. » Encore une fois, l'évaluation spécifique du réalisme des accommodements, des stratégies d'attachement rigides activées chez chacun et de l'interpénétration des besoins affectifs et sexuels doit être entreprise avec rigueur et compassion.

Ce processus en boucle caractérise avec justesse les conséquences relationnelles négatives d'une coordination trop prononcée et d'une dépendance trop appuyée des systèmes d'attachement et de la sexualité. Toutefois, l'expérience clinique enseigne qu'éventuellement, l'insatisfaction affective chronique du partenaire anxieux le mène à refuser de se plier aux attentes sexuelles de l'autre ou à s'y plier sans entrain. S'ensuit alors une lutte de pouvoir et un affrontement qui se concrétise par un accroissement de la confrontation : « Pourquoi est-ce que je ferais l'amour avec toi ? Tu ne me donnes que des miettes. C'est presque rendu du viol ton affaire. Sais-tu depuis combien de temps je n'ai pas eu d'orgasme ? Tu sais, prendre ton plaisir et faire l'amour, ce sont deux choses différentes. »

Chez les personnes évitantes – détachées, rejetantes ou dédaigneuses –, ce qui correspond à environ 25 % de la population, l'attachement et la sexualité semblent fonctionner comme deux systèmes motivationnels et comportementaux dissociés. En

situation de stress, ces individus adoptent une stratégie de désactivation du système d'attachement. D'un point de vue interpersonnel, les objectifs poursuivis sont d'établir une distance et de contrôler la relation pour réduire la détresse vécue. L'évitement de la proximité affective conduit à des réponses sexuelles diversifiées. Par exemple, certains choisissent l'abstention ou la masturbation comme méthode de gestion de la détresse physiologique ressentie au contact de l'autre, peu importe que ce contact soulève des besoins affiliatifs ou sexuels. D'autres empruntent la voie de la sexualité compulsive. La sexualité remplit alors des fonctions d'autoréconfort, au même titre que l'abus d'alcool, de nourriture ou de médicaments. Ces individus éprouvent moins de plaisir que les autres, surtout lors des préliminaires (Birnbaum et Reiss, 2006). Ils rapportent davantage de pensées intrusives lors des rapports sexuels et ils se sentent souvent inconfortables et étranges sur le plan sexuel. Ils s'intéressent peu ou pas du tout aux besoins sexuels de leur partenaire : l'attention est portée sur eux-mêmes et sur la gratification de leurs désirs. Les aspects relationnels de la sexualité sont relégués au second plan. Ils vivent une sexualité dénuée d'émotions. Voici un exemple de réaction recueillie dans le contexte d'une psychothérapie de couple : « Penses-tu que ça m'intéresse que tu aies eu un orgasme ou non ? De toute façon, c'est tellement rare que tu en aies. Après, tu te demandes pourquoi je passe mon temps à louer des films pour adultes ! Ce que je veux, c'est faire l'amour avec une vraie femme, pas avec une pleurnicheuse qui n'est jamais satisfaite. » Poussé à bout, le partenaire évitant contre-attaque parfois violemment pour rétablir une distance et reprendre le contrôle de l'interaction.

Cette déconnexion de la sexualité et de l'attachement permet aux individus évitants de maintenir la distance vis-à-vis l'autre et de contrôler leur implication relationnelle. En débranchant la sexualité de l'attachement, ces personnes réussissent à minimiser les répercussions de la sexualité sur les interactions quotidiennes (Birnbaum et Reiss, 2006). Le bien-être éprouvé dans une de ces sphères semble alors indépendant de ce qui se passe dans l'autre sphère. La sexualité sans passion amoureuse peut ainsi constituer un antidote, convenable à court terme mais inefficace à long terme car elle mène à la solitude et à l'aliénation. Voici un commentaire formulé par un homme qui est un lecteur assidu de magazines érotiques : « Tu sais, je passe mes soirées avec des femmes de papier qui me sourient et qui semblent me désirer. Elles ont l'air déluré et intéressé par la sexualité. Toi, tu me fuis dès que j'essaie de m'approcher. Je me sens parfois comme un salaud. »

Il existe beaucoup moins de données scientifiques sur la sexualité chez les individus qui présentent des représentations d'attachement désorganisées – irrésolues, craintives ou traumatiques. L'alternance rapide entre l'anxiété abandonnique et l'évitement de la proximité affective ne produit pas un patron clair d'activités sexuelles : la promiscuité peut succéder à l'inhibition grave, et vice versa. L'extrait qui suit illustre bien cette alternance : « Vous savez, j'ai tout fait avec lui, les miroirs au plafond, les positions sexuelles les plus acrobatiques, les talons aiguilles. Ça me faisait plaisir, mais

maintenant, je ne sens plus rien, comme si j'étais gelée par en dedans, on fait l'amour et c'est comme si je sortais de mon corps. Je n'éprouve plus rien. Il me semble que je devrais être inquiète mais je ne le suis pas. »

Ces modes désorganisés d'expression de la passion amoureuse trouveraient leurs racines dans les relations parents-enfant, l'insensibilité marquée des parents se manifestant par des comportements terrorisants, des réactions de dissociation, des conduites érotisées ou des réponses inappropriées de peur vis-à-vis un enfant qui se transforme en prédateur des parents. La recherche devra combler le manque de connaissances scientifiques sur la correspondance des systèmes d'attachement et de la sexualité chez ces individus.

En définitive, jusqu'à présent, la théorie de l'attachement n'a pas donné naissance à une forme spécifique de psychothérapie de couple exclusive. La psychothérapie de couple centrée sur les émotions (Johnson, 2004) s'inspire partiellement de la notion d'attachement. Elle intègre aussi des principes d'intervention humaniste et systémique. L'application de ce modèle aux pathologies de l'attachement se répercutant sur la sexualité des conjoints passera d'abord par un diagnostic précis des stratégies d'attachement secondaires des conjoints. Les répercussions de ces stratégies d'hyperactivation et de désactivation du système d'attachement sur la sexualité du couple devront ensuite être examinées dans un contexte visant la promotion de la sécurité, l'identification des émotions primaires, la promotion de l'engagement émotionnel et la restructuration des interactions. Le jumelage de partenaires recourant tous les deux à la désactivation du système d'attachement ou d'un partenaire anxieux à un partenaire évitant s'accompagne de problèmes sexuels divers : faible fréquence des rapports sexuels, rêves à connotation sexuelle et fantaisies sexuelles impliquant le conjoint (Brassard *et al.*, 2007). L'évaluation diagnostique traitera donc aussi de l'appariement des stratégies d'attachement des partenaires. La prise de conscience par les partenaires des stratégies d'attachement utilisées au sein de la relation ainsi que le développement de l'empathie aidant à comprendre les conséquences de ces stratégies faciliteront éventuellement la réduction de l'anxiété abandonnique et l'accroissement du confort vis-à-vis l'intimité.

– Modèle cognitif-comportemental

La vision cognitive-comportementale de la passion s'est développée, à partir du milieu des années 1960, sous l'impulsion des travaux de Masters et Johnson (1966). Puisque la conception cognitive-comportementale de la sexualité et de la passion amoureuse est abordée dans le chapitre de Bergeron et ses collègues dans le présent ouvrage, nous irons rapidement à l'essentiel.

Le programme thérapeutique bref de Masters et Johnson (1966) a été conçu au tout début d'une période historique marquée par la libéralisation rapide des attitudes et des comportements sexuels. Les progrès médicaux en matière de contraception et d'avortement sont venus soutenir divers changements sociaux déjà amorcés, menant à

un contrat conjugal privilégiant l'intimité, l'engagement et l'effondrement des tabous sexuels. L'obligation contractuelle d'une sexualité axée surtout sur la reproduction s'affaiblit, cédant le pas à une période d'expérimentation, d'ouverture et de valorisation de la sensualité.

Chez Masters et Johnson (1966), les problèmes de régulation de la sexualité et de la passion amoureuse sont attribués à divers facteurs psychologiques : ignorance, inhibition, incompétence communicationnelle, inefficacité technique et perfectionnisme excessif. La résolution des difficultés sexuelles passe donc par l'éducation et la pédagogie sexuelle. Les exercices portent sur l'accentuation du *focus* sensoriel, sur diverses prescriptions (donner du plaisir et en recevoir à tour de rôle) et proscriptions (bannir temporairement les activités sexuelles), ainsi que sur l'amélioration de la communication sexuelle. Cette technique de thérapie sexuelle brève connaîtra d'abord un vif succès. Le traitement direct et rapide des problèmes sexuels fournit une alternative de choix aux approches psychanalytiques classiques. Masters et Johnson rapportent initialement des taux d'efficacité dépassant la barre des 85 %. Ces prévisions optimistes seront ensuite revues à la baisse (Wright, Perreault et Mathieu, 1977) et diverses difficultés obligeront à un élargissement des méthodes d'intervention et favoriseront éventuellement chez certains (Kaplan, 1979) une certaine forme d'intégration des conceptions behaviorales et psychodynamiques.

La position behaviorale dynamique de Kaplan (1979) stipule qu'exclusion faite des problèmes médicaux, l'anxiété représente le principal facteur causal ou le dénominateur commun des dysfonctions sexuelles et des chutes de la passion amoureuse. L'anxiété agit tel un relais ultime médiatisant l'effet de divers problèmes psychopathologiques : traumatismes infantiles, peur du succès, de l'échec ou du rejet, luttes de pouvoir au sein du couple, poussées de colère, absence d'informations et de communication, etc. Chacune de ces variables étiologiques se répercute sur la passion via une augmentation de l'anxiété. Kaplan soutient que l'apparition d'une symptomatologie sexuelle spécifique s'explique par un facteur psychophysiologique général – l'existence d'un patron de réponse biologique propre à chaque individu – et à trois facteurs psychologiques particuliers.

1. Le moment précis où l'anxiété et les stratégies de régulation de l'anxiété surviennent dans la séquence désir/excitation/orgasme. Plus l'anxiété se manifeste avec intensité, plus elle se présente tôt lors de l'expérience sexuelle et plus les symptômes apparaissent aux premiers stades de l'expérience sexuelle, c'est-à-dire lors de la phase du désir. Par exemple, dans les cas d'inhibition du désir, les premiers signes de plaisir sexuel, et même la simple anticipation d'une opportunité sexuelle, entraînent l'anxiété et la suppression du plaisir pour éliminer l'anxiété. Si l'anxiété est d'intensité moyenne, l'individu tolère le plaisir sexuel initial et les difficultés s'observent plus tard, lors de la phase d'excitation

(perte d'érection, diminution abrupte de la lubrification) ou lors de la phase orgasmique. Évidemment, ce rapport entre la gravité de l'anxiété et le moment d'intensification des difficultés n'est pas absolu et il souffre certaines exceptions.

2. Kaplan (1979) établit aussi un parallèle entre l'intensité des conflits sexuels et la phase d'apparition des difficultés. L'inhibition du désir fait généralement référence à de graves mésententes conjugales ou à des conflits intrapersonnels sérieux. En revanche, les problèmes spécifiques à la phase orgasmique se rapportent souvent à des problèmes plus légers dont l'individu est assez conscient : anxiété de performance, anxiété du spectateur, attentes sexuelles irréalistes vis-à-vis soi ou le partenaire, culpabilité engendrée par la culture. Entre ces deux points extrêmes, les complications liées à la phase d'excitation comportent une part de conflits intrapsychiques (peur du plaisir et du succès) ou conjugaux (peur de l'intimité et de l'engagement) et une part de difficultés plus légères (peur de l'échec, préoccupation excessive pour le bien-être du partenaire).
3. Enfin, Kaplan (1979) formule l'hypothèse de causes spécifiques immédiates pour chaque individu. L'anxiété sexuelle éprouvée met en marche des stratégies d'adaptation et des modes de régulation des émotions qui sont typiques pour un individu, dans une situation et pour un degré précis d'anxiété. Ici, l'analyse s'individualise. Par exemple, un individu supprime ses sensations érotiques parce qu'elles le rendent anxieux alors qu'un autre va tenter de les contrôler de façon obsessionnelle. L'individu qui réprime ses sensations n'apprendra pas à contrôler son éjaculation tandis que la personne obsédée par ses sensations n'atteindra pas l'orgasme.

Évidemment, ce bref exposé ne rend pas justice au modèle cognitif-comportemental de la sexualité et de la passion amoureuse. Le lecteur intéressé à pousser cette analyse peut se référer à la présentation faite plus loin dans cet ouvrage par Bergeron et ses collègues.

– Modèle systémique

La position systémique défendue par Schnarch (2001) prend appui sur une critique de la thérapie sexuelle behaviorale qu'il a pratiquée pendant plusieurs années. Schnarch observe d'abord que la technique classique, centrée sur l'échange de comportements et la négociation, appliquée aux problèmes sexuels, nuit à l'intimité et au désir sexuel tout en augmentant les résistances des conjoints. Son analyse du programme thérapeutique bref de Masters et Johnson (1966) est aussi incisive. Le *focus* sensoriel qui vise à mieux contrôler l'anxiété de performance crée, selon lui, une deuxième couche d'anxiété qui se superpose à la première. Les conjoints sont désormais anxieux à l'idée de ressentir de l'anxiété de performance. De plus, Schnarch déplore la promotion de l'égoïsme sexuel et la vision parcellaire de la sexualité sous-jacente au *focus* sensoriel. Enfin, le recours aux prescriptions et aux proscriptions réduit à court terme la pression sur les conjoints sans en confronter les sources et, à moyen terme, il entraîne diverses formes de rébellion à l'endroit des exercices prescrits.

Schnarch (2001) s'appuie sur le modèle systémique familial mis au point par Bowen (1966) et traité plus haut pour promouvoir une conception de la sexualité fondée sur la notion de différenciation. L'affaiblissement de la passion amoureuse et l'émergence des problèmes sexuels seraient associés à la présence d'un conflit généralisé et indissoluble entre les besoins d'autonomie et de dépendance des individus. La différenciation de soi constitue la solution à ce dilemme persistant au sein des relations amoureuses. En effet, lorsque l'individu se fixe en position fusionnelle, il est incapable de développer une vision claire de son identité tout en restant proche de son partenaire. La faiblesse de la différenciation de soi crée diverses impasses et mène à la formulation de demandes contradictoires sur deux plans.

Premièrement, un même conjoint exprime simultanément des besoins sexuels qui semblent opposés : « Je veux que tu t'impliques plus sexuellement, sans prendre trop d'initiatives. » Deuxièmement, les conjoints adopteront en matière de sexualité des positions opposées, en apparence irréconciliables. Par exemple, un des partenaires, souvent la femme, précise qu'elle refuse les rapports sexuels tant que son conjoint n'accepte pas une intimité psychologique plus grande. Le conjoint, généralement l'homme, réplique en affirmant que si seulement sa femme consentait à augmenter la fréquence des rapports sexuels, les difficultés sur le plan de l'intimité se résoudraient d'elles-mêmes. Selon Schnarch (2001), ce type de conflit s'explique par une activation des tensions fusionnelles et par la négation de la différenciation. Tous deux refusent de mieux connaître l'autre, d'admettre qu'il est différent de soi et de s'adapter aux particularités de la situation en diversifiant ses attitudes et ses comportements. Dans ce contexte, la sexualité devient vite routinière, répétitive et ennuyante. Tout comme Bowen, Schnarch soutient que la résolution de ces impasses dépend de la capacité du thérapeute, face à de tels conflits, de prendre et de maintenir une position différenciée. C'est-à-dire qu'il doit résister aux tentatives des conjoints de le rallier à leur position personnelle fusionnelle.

En fait, le diagnostic de relation fusionnelle est souvent difficile à poser parce qu'il met en scène des partenaires qui, en matière de sexualité, adoptent des opinions en apparence très dissemblables. Schnarch (2001) fait ici explicitement référence aux couples réunissant un partenaire très hostile et un conjoint très dépendant. Le partenaire hostile réagit aux propositions concrètes d'aménagement de la sexualité en devenant contrôlant, autoritaire et revendicateur : « Ne me dites pas quoi faire ! Mon partenaire est un impuissant irrécupérable. » Ce partenaire se situe à un extrême sur le plan de l'autonomie – en fait, une forme de pseudo-autonomie – et il craint ses besoins de dépendance. Le conjoint dépendant, au contraire, est ouvert à toutes les propositions : « Dis-moi quoi faire pour te plaire. » Il craint l'autonomie et se réfugie dans une position de soumission apparente. Il demande des suggestions thérapeutiques qui ne le satisfont habituellement pas : « J'ai essayé votre technique pour conserver mon érection mais ça ne marche pas. Qu'est-ce que je peux faire d'autre ? » ou « Vous me dites d'exprimer mes sentiments et mes besoins sexuels, mais qu'est-ce que je fais après ? » ou « Le

lendemain de notre dernière séance quand mon conjoint m'a fait des avances, j'ai paniqué et j'ai tout oublié ce dont on s'était parlé ici pour justement m'aider à faire face à ces situations pressurisantes ».

Schnarch (2001) décrit bien comment ces conflits incessants constituent en fait une méthode de régulation de l'anxiété fusionnelle : chacun demande au partenaire de s'adapter à son degré d'anxiété et refuse de faire face à l'autonomie ou à la dépendance. Les tentatives de triangulation du thérapeute ou d'une tierce personne pour qu'elle prenne position fermement d'un côté ou de l'autre reflètent la présence d'une collusion entre les partenaires. Ceux-ci exercent ces pressions car ils s'entendent pour refuser de sortir de leur zone de confort. Schnarch propose de bloquer ces processus collusifs et de faciliter l'autorégulation de l'anxiété par la différenciation de soi. L'objectif n'est donc pas de réduire l'anxiété sexuelle des conjoints, mais d'apprendre à la confronter en reconnaissant l'autorité personnelle de chacun. Par exemple, au conjoint hostile, il dira : « Votre sexualité vous appartient. Vous utilisez mes commentaires comme vous le voulez » ou « Vous parlez de ce que vous voulez, c'est votre droit même si le processus s'en trouve ralenti. J'aime mieux que les résultats se fassent attendre mais que vous fassiez les choses à votre rythme ». Au conjoint dépendant en panne d'érection par exemple, il dira : « Votre sexualité va fonctionner comme vous le voulez quand vous allez vous l'approprier, quand ça va être clair qu'elle vous appartient. » Il tente, par la confrontation, de rediriger l'attention du partenaire dépendant. Pour ce dernier, le *focus* exclusif semble être les attentes sexuelles du partenaire ou du thérapeute : « Vous n'avez pas le droit d'avoir et d'exprimer des besoins sexuels à vous » ou « On dirait que votre job, c'est de faire ce que votre conjoint attend de vous sexuellement. Vous auriez peut-être avantage à vous inspirer de son approche plus revendicatrice. Qu'en pensez-vous ? ».

Le travail de Schnarch (2001) s'oriente ensuite, après cette première phase d'interruption de la collusion et de promotion de la différenciation de soi, vers l'établissement de liens entre les difficultés actuelles et le fonctionnement au sein de la famille d'origine. Chez le partenaire dépendant, les conflits proviennent généralement d'un manque de sécurité qui s'exprime par la difficulté de l'enfant de demander aux parents : « Est-ce que vous m'aimez moi ou est-ce que vous n'aimez que ce que je fais pour vous ? » L'objectif du travail thérapeutique est ici de montrer que les tentatives répétées de plaire à l'autre ne visent pas strictement à augmenter le bien-être de l'autre. Ces comportements représentent plutôt une stratégie interpersonnelle pour se sentir acceptable et valable, une méthode de régulation de l'estime de soi : « Même quand vous êtes un esclave soumis, vous n'êtes pas vraiment avec lui, on dirait que vous cherchez à vous prouver que vous êtes quelqu'un de bien, comme si vous en doutiez. » Chez le partenaire hostile, l'examen de la dynamique familiale montre souvent deux types de situation clinique. Dans le premier cas, l'enfant est le prolongement direct d'un parent en quête constante d'admiration qui ne tolère pas l'éloignement et la différenciation chez ses proches. L'enfant remplit des fonctions narcissiques pour le parent. Dans le deuxième cas, l'enfant prend en charge très tôt un parent incompétent : alcoolique,

anxieux, déprimé, etc. Peu importe la situation, dans les deux cas, l'enfant tente de devenir parfait pour éviter l'abandon. Cette perfection nécessite, dans l'esprit de l'enfant, un rapprochement fusionnel qui lui permettra de deviner et de combler les besoins d'autrui. Plus tard, il s'identifie au parent pour qui rien n'est jamais assez bon ou assez parfait pour le satisfaire. Il critique constamment et il projette la partie faible de lui sur son partenaire.

Schnarch (2001) estime que cette phase d'exploration centrée sur la famille d'origine doit être brève. L'objectif se limite à établir un lien entre les problèmes sexuels actuels et la dynamique familiale originelle pour favoriser la confrontation aux thèmes sexuels anxiogènes chez chacun. Il s'agit de comprendre les interactions sexuelles à la lumière des dynamiques familiales respectives. Chez le partenaire dépendant, la sexualité est un référendum perpétuel à propos de son adéquacité tandis que chez le partenaire hostile, les critiques et l'insatisfaction sexuelle chronique constituent autant de tentatives de recréer une situation fusionnelle. Les besoins fusionnels du partenaire hostile sont généralement moins faciles à diagnostiquer puisqu'en surface, le dédain et le mépris exprimé sont interprétés par plusieurs comme un procédé efficace d'évitement de la fusion. L'intervention thérapeutique ne repose pas sur des suggestions directes. Il s'agit d'aider chacun à tolérer son anxiété sexuelle. L'objectif est de développer la présence émotionnelle des partenaires lors des contacts sexuels. Cet accent sur l'intimité et la signification de la sexualité constitue l'essence même de la passion amoureuse. Chez Schnarch, la passion résulte d'une coordination étroite de l'intimité et de la sexualité.

– *Modèle psychodynamique*

Les conceptions psychodynamiques de la passion amoureuse abondent. La présentation s'inspire ici surtout des travaux de Kernberg (1995). Ce dernier présente une conception de la passion s'appuyant sur une intégration de la psychologie du moi et des théories de la relation d'objet.

Chez Kernberg (1995), la passion renvoie à un ensemble de relations d'objet interne plus ou moins conscientes mettant en jeu des couches superposées de représentations de soi et du partenaire qui sont liées par de puissants affects sexuels. En conséquence, la psychopathologie de la passion s'exprime simultanément sur deux fronts : 1) l'activation de relations d'objet inconscientes nuisibles ; 2) la dégradation de l'excitation sexuelle.

L'activation de relations d'objet pathologiques se produit à cause du très fort potentiel de régression qui caractérise les relations amoureuses. Ce potentiel de régression s'explique par le caractère éminemment privé de la relation de couple, la nature relativement peu structurée des rapports entre les conjoints et l'intensité émotive des interactions sexuelles. Nous avons évoqué plus haut la diversité des modes d'organisation de la vie conjugale. La société exerce un contrôle de plus en plus relâché sur les relations de couple. L'effritement des structures sociales taxe lourdement les structures

psychologiques internes de l'individu. En retour, plus ces pressions internes sont fortes, plus l'individu recourt à des mécanismes de défense et à des stratégies d'adaptation inefficaces et primitives pour gérer le stress. Or, la sexualité occupe une place centrale au sein de l'identité des individus.

Les problèmes de la passion – inhibition du désir, compartimentation excessive de la sexualité et de l'intimité, promiscuité, sadomasochisme et ainsi de suite – s'expliquent bien sûr par l'activation de relations d'objet pathologiques. Ce concept a été expliqué plus tôt dans les sections sur l'engagement et sur l'intimité. Nous n'y reviendrons donc pas ici. Nous nous concentrons plutôt sur les particularités de l'affect d'excitation sexuelle et sur les facteurs cliniques qui rendent compte de sa dégradation au fil du temps.

L'excitation sexuelle est un affect complexe qui se développe tôt dans le contexte d'expériences familiales agréables, mais qui se différencie plus lentement que la plupart des autres affects. Cet affect repose d'abord sur les sensations physiques agréables ressenties lors des périodes de soins maternels prodigués à l'enfant. Ces sensations de plaisir se regroupent en souvenirs durables se référant à la relation d'attachement parent/enfant. Ces relations d'objet initiales s'appuient généralement sur des représentations de la mère en tant que personne aimante et sensible, qui voit aux besoins de l'enfant, et sur des représentations de l'enfant en tant que personne aimée et comblée. C'est surtout au sein de cette relation que l'enfant consolidera son identité sexuelle fondamentale (est-ce qu'il est un garçon ou une fille ?), son identité de rôle (en quoi consistent les rôles sociaux spécifiques à son identité sexuelle ?) et ses attirances sexuelles (hétérosexuelle, homosexuelle ou bisexuelle).

Le plaisir est d'abord fonction de l'excitabilité diffuse de la peau de l'enfant, puis de la sensibilité des zones érogènes (Kernberg, 1995). Toutefois, le plaisir éprouvé ne se limite pas à une partie du corps, ces sensations physiques qui ne se sexualisent, au sens génital du mot, que très lentement, sont ressenties globalement dans tout le corps. Le cumul et l'intégration de ces états affectifs agréables contribuent à la formation de la pulsion libidinale. Éventuellement, au tout début de l'adolescence, ces expériences teintées d'érotisme se complexifient et s'organisent en fonction d'une génitalité achevée, vécue d'abord dans le cadre de la relation aux parents.

Le garçon désire l'affection exclusive de la mère qui a confirmé et valorisé sa masculinité (si elle ne l'a pas dénigrée), mais il prend conscience de son incapacité à la satisfaire, de l'intérêt de sa mère pour le père qu'il éprouve comme le rejet d'une mère qui l'a faussement séduit. Cette blessure rend le garçon vulnérable au jugement des femmes qu'il craindra. L'identification à un père généreux, accueillant et non compétitif, qui prend plaisir à voir son fils se développer, vient toutefois atténuer ces difficultés. Toutefois, la gestion ultérieure des résidus de la relation à la mère (crainte, ambivalence et sentiment d'infériorité) passe soit par un clivage de l'amour et de la sexualité, soit

par diverses tentatives d'établir un rapport de domination. L'homme éprouvera de la difficulté à avoir des rapports sexuels soutenus avec une femme qu'il aime et vice versa.

Chez la fille, l'identité féminine se consoliderait plus facilement que la masculinité chez l'homme. La relation d'attachement avec une personne de même sexe faciliterait l'identification de la fille à la mère. Ce processus d'identification contribuerait à doter la fille de précieuses qualités relationnelles, dont la mutualité et la valorisation de l'intimité. Éventuellement, l'identification à la mère amène la fille à s'en détourner et à désirer l'affection et la reconnaissance du père. La compétition pour l'amour exclusif du père suscite chez la fille des sentiments de culpabilité et une crainte de la mère qui interdit l'accès au père. La difficulté à résoudre ces difficultés engendre chez la femme une propension à choisir un conjoint insatisfaisant ou inaccessible, par exemple, un homme froid, indifférent et vaguement menaçant. Elle sacrifie son autonomie en espérant qu'en retour, il changera et l'aimera. Cette difficulté se manifeste aussi par une incapacité à éprouver du plaisir avec un partenaire intéressé et accessible. Diverses inhibitions sexuelles viennent alors gâcher une relation amoureuse satisfaisante. Enfin, la difficulté peut aussi s'exprimer par la présence de peurs chroniques qu'une rivale – une amie, une collègue de travail ou parfois même la belle-mère – séduise son partenaire qu'elle ne pourra retenir.

L'analyse clinique menée par Kernberg (1995) fait ressortir plusieurs caractéristiques supplémentaires rendant compte des vicissitudes de l'excitation sexuelle dans le cadre d'une relation amoureuse.

1. *La recherche de plaisir orientée vers une personne et centrée sur le désir de fusion et de proximité physique*. Ce désir de fusion se manifeste par des fantaisies d'invasion, de pénétration, de réceptivité et d'appropriation de l'autre. Tant chez l'homme que chez la femme, le désir de fusion prend des formes actives et passives : fantaisies de pénétrer activement et d'être passivement incorporé pour l'homme et fantaisies d'incorporer activement et d'être passivement pénétrée pour la femme. En fait, selon Kernberg (1995), l'expérience enseigne que les gratifications érotiques anticipées cessent lorsque les activités sexuelles ne sont plus au service de la fusion avec l'autre.
2. *L'identification à l'excitation sexuelle et à l'orgasme du partenaire*. Cette deuxième caractéristique fait référence à des éléments primaires (plaisir éprouvé face aux réactions sexuelles intenses de l'autre, qui constituent autant de preuves d'amour) et secondaires (franchir temporairement les barrières normalement infranchissables qui séparent les hommes et les femmes, enrichissement et sécurité accrue de l'identité sexuelle de chacun et élimination du besoin d'envier l'autre sexe).

3. *Le sentiment de transgression*. Il s'agit ici de vaincre les prohibitions et les interdits implicites à toute rencontre sexuelle. Kernberg (1995) se réfère ici aux contraintes sociales usuelles qui invitent à protéger la surface du corps et à cacher l'excitation sexuelle. Il traite aussi de la violation des prohibitions œdipiennes. Faire l'amour constitue plus ou moins consciemment un défi et un triomphe vis-à-vis le rival œdipien (c'est-à-dire le parent du même sexe). Ceci implique à la fois un détachement par rapport à la famille d'origine et un maintien de la capacité de s'identifier aux parents. La transgression s'opère aussi vis-à-vis les frontières physiques de l'être aimé. La pénétration et l'incorporation active impliquent nécessairement une violation des frontières de l'autre. Bien entendu, le consentement d'autrui est indispensable, mais il n'est jamais complet. Chaque conjoint s'offre (séduit) et se refuse (frustre) simultanément. Il s'agit là d'une composante importante de l'excitation sexuelle. D'un point de vue clinique et à l'extrême, on trouve là les racines de l'exhibitionnisme (se montrer à l'autre, mais ne pas se donner) et du voyeurisme (on regarde l'autre même s'il se refuse ; c'est la réponse à l'exhibitionnisme).
4. *L'idéalisation du corps de l'autre et des objets qui le symbolisent*. Cette idéalisation du corps de l'autre est notable autant dans les relations normales – où elle est l'expression d'un amour réciproque – que pathologiques – où elle s'exprime sous la forme du fétichisme et de la perversion.
5. *L'oscillation entre le désir d'intimité sexuelle et le désir de discontinuité*. La passion se manifeste par le désir de discrétion et d'exclusivité sexuelle, mais elle inclut aussi la nécessité de briser cette intimité sexuelle. Après avoir évoqué les clichés culturels où, après avoir fait l'amour, la femme désirerait préserver l'intimité tandis que l'homme souhaiterait s'éloigner, Kernberg (1995) présente plusieurs cas illustrant les insatisfactions de plusieurs hommes qui se plaignent qu'après la relation sexuelle, la femme retourne trop rapidement aux enfants alors que l'homme voudrait satisfaire davantage ses besoins de dépendance. De même, il note les frustrations de plusieurs femmes qui se plaignent, une fois qu'elles ont eu des enfants, d'une diminution de l'intérêt sexuel de leur conjoint. Celles-ci expriment le désir et la capacité de conjuguer les rôles de mère et de partenaire sexuel.
6. *L'activation et l'intégration de l'amour et de l'agression*. Kernberg (1995) soutient que la passion amoureuse s'appuie sur l'intégration harmonieuse de la sexualité et de l'agression, avec prédominance de l'amour sur l'agression. L'agression est une composante incontournable des rapports sexuels : même avec son consentement, les frontières physiques de l'autre sont bel et bien franchies. Au surplus, diverses composantes des relations amoureuses nécessitent une capacité de réguler l'agressivité : *a)* l'ambivalence éventuelle vis-à-vis le conjoint : celui-ci possède des qualités mais aussi des défauts qui suscitent la frustration, il a ses bons mais aussi ses mauvais moments ; *b)* la crainte d'un rival plus satisfaisant que soi, qui suscite de bonnes doses d'insécurité et d'incertitude ; *c)* le rêve d'un partenaire idéal auquel ne correspond pas nécessairement toujours notre conjoint,

ce qui engendre des déceptions, des frustrations et des tentations ; *d)* l'inévitabilité des ruptures de contact (enfants, loisirs personnels, réseau social, travail) qui sont essentielles à la vie en couple, mais qui soulèvent aussi diverses tensions au sein de la relation. Ces points ont été abordés plus haut dans la section sur l'intimité.

En résumé, chez Kernberg (1995), la passion est essentielle à tous les stades de développement de la relation amoureuse. La passion s'appuie sur une évaluation critique de soi et d'autrui, de même que sur une conscience aiguë du mystère qui sépare les partenaires. Elle nécessite aussi une conscience du prix à payer pour un engagement total : le renoncement à tous les partenaires potentiels. Enfin, le caractère durable de la passion tient à sa capacité d'infiltrer tous les aspects de la vie du couple, c'est-à-dire la sexualité, l'intimité et l'engagement.

Cet examen de divers modèles de la passion amoureuse fait ressortir diverses caractéristiques communes évoquées dans notre définition de départ : la recherche du plaisir et de la fusion, la mutualité, la coordination de la sexualité et de l'intimité, la puissance des réponses émotionnelles en cause. L'analyse démontre cependant des points de rupture. Le degré relatif d'indépendance de la sexualité et de l'intimité, la trajectoire temporelle de la passion, les fonctions spécifiques de l'agression, de l'idéalisation et des transformations identitaires associées à la passion opposent bien des auteurs. L'intervenant peut choisir d'adhérer à une orientation théorique particulière et l'approfondir, ou il peut tenter l'intégration de diverses perspectives en fonction de ses options professionnelles ou des couples rencontrés. En terminant, il convient de rappeler qu'en matière de passion amoureuse, la richesse des données théoriques et cliniques contraste douloureusement avec la pauvreté des données empiriques sur la thématique. Les profils passionnels observés chez les couples sont fort diversifiés et ils se doivent d'être codifiés avec rigueur. Ce n'est qu'à ce prix que nous développerons des pratiques évaluatives et thérapeutiques fondées sur des données probantes.

CONCLUSION

L'objectif du présent chapitre consistait à jeter les bases d'un schéma psychopathologique descriptif des problèmes de couple. Ce schéma tripartite, fondé sur l'engagement, l'intimité et la passion, peut constituer un cadre d'analyse guidant les pratiques évaluatives en psychothérapie de couple. Le lecteur a pu se familiariser avec les fondements généraux de l'évaluation ainsi qu'avec les données cliniques et empiriques justifiant le développement de compétences diagnostiques approfondies. L'examen clinique des interactions conjugales s'appuie sur des processus inférentiels complexes qui se particularisent selon l'orientation théorique de l'intervenant. Toutefois, l'analyse inférentielle doit aussi tenir compte de la nature précise des processus relationnels dysfonctionnels en cause. Les manifestations cliniques subjectives et objectives des problèmes d'engagement, d'intimité et de passion – de même que leur étiologie, leur trajectoire et leur

issue – peuvent différer significativement. Au terme de ce texte, l'intervenant dispose d'une grille théorique et pratique multidimensionnelle pour mieux décrire et comprendre les mésententes conjugales. La confrontation des positions respectives de spécialistes d'orientations diverses fait ressortir plusieurs éléments diagnostiques convergents, mais aussi des éléments divergents. La psychothérapie de couple est un des secteurs d'intervention qui se prêtent le mieux à une confrontation des avantages et des inconvénients de chacune des approches conceptuelles soutenues par des données probantes. Qu'il s'agisse des écoles cognitive-comportementale, centrée sur les émotions, systémique ou psychodynamique, le clinicien dispose désormais d'un corpus de connaissances et d'appuis scientifiques qu'il peut utiliser sur un mode intégratif ou en approfondissant un point de vue particulier.

RÉFÉRENCES

Amato, P.R. et Cheadle, J. (2005). « The long reach of divorce : Divorce and child well-being across three generations », *Journal of Marriage and the Family*, *67*, p. 191-206.

Aron, A. et Aron, E.N. (1991). « Love and sexuality », dans K. McKinney et S. Sprecher (dir.), *Sexuality in Close Relationships*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, p. 25-48.

Bader, E. et Pearson, P.T. (1988). *In Quest of the Mythical Mate : A Developmental Approach to Diagnosis and Treatment in Couples Therapy*, Philadelphie, Brunner/Mazel.

Barnett, J. (1971). « Narcissism and dependency in the obsessional-hysteric marriage », *Family Process*, *10*, p. 75-83.

Baucom, D.H., Hahlweg, K. et Kuschel, A. (2003). « Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research ? », *Behavior Therapy*, *34*, p. 179-188.

Beach, S.R.H., Kamen, C. et Fincham, F. (2006). « Marital dysfunction », dans F. Andrasik (dir.), *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology : Vol. 2. Adult Psychopathology*, Hoboken, NJ, Wiley, p. 450-465.

Beach, S.R.H., Wamboldt, M.Z., Kaslow, N.J., Heyman, R.E. et Reiss, D. (2006). « Describing relationship problems in DSM-V : Toward better guidance for research and clinical practice », *Journal of Family Psychology*, *20*, p. 359-368.

Berscheid, E. (1985). « Interpersonal attraction », dans G. Lindzey et E. Aronson (dir.), *Handbook of Social Psychology* (3e éd.), New York, Random House, p. 413-484.

Birnbaum, G.E. (2007). « Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women », *Journal of Social and Personal Relationships*, *24*, p. 21-35.

Birnbaum, G.E. et Reis, H.T. (2006). « Women's sexual working models : An evolutionary-attachment perspective », *Journal of Sex Research*, *43*, p. 328-342.

Bolger, N. et Zuckerman, A. (1995). « A framework for studying personality in the stress process », *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, p. 890-902.

Botwin, M.D., Buss, D.M. et Shackelford, T.K. (1997). « Personality and mate preferences : Five factors in mate selection and marital satisfaction », *Journal of Personality*, *65*, p. 107-136.

Bouchard, G. (2003). « Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies : An integrative model of adaptation to marital difficulties », *Canadian Journal of Behavioural Science*, *35*, p. 1-12.

Bouchard, G., Lussier, Y. et Sabourin, S. (1999). « Personality and marital adjustment : Utility of the five-factor model of personality », *Journal of Marriage and the Family*, *61*, p. 651-660.

Bowen, M. (1966). « The use of family theory in clinical practice », *Comprehensive Psychiatry*, *7*, p. 345-374.

Bradbury, T.N., Fincham, F.D. et Beach, S.R.H. (2000). « Research on the nature and determinants of marital satisfaction : A decade in review », *Journal of Marriage and the Family*, *62*, p. 964-980.

Brassard, A., Shaver, P.R. et Lussier, Y. (2007). « Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationship : A dyadic approach », *Personal Relationships*, *14*, p. 475-494.

Buss, D.M. (1994). « Individual differences in mating strategies », *Behavioral and Brain Sciences*, *17*, p. 581-582.

Cano, A. et O'Leary, K.D. (2000). « Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, p. 774-781.

Carstensen, L.L., Gottman, J.M. et Levenson, R.W. (2004). « Emotional behavior in long-term marriage », dans H.T. Reis et C.E. Rusbult (dir.), *Close Relationships : Key Readings,* Philadelphie, Taylor and Francis, p. 457-470.

Caspi, A., Herbener, E.S. et Ozer, D.J. (1992). « Shared experiences and the similarity of personalities : A longitudinal study of married couples », *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, p. 281-291.

Caspi, A., Roberts, B.W. et Shiner, R.L. (2005). « Personality development : Stability and change », *Annual Review of Psychology*, *56*, p. 453-484.

Cherlin, A.J. (2004). « The deinstitutionalization of American marriage », *Journal of Marriage and the Family*, *66*, p. 848-861.

Cherlin, A.J. (2006). « On single mothers "doing" family », *Journal of Marriage and the Family*, *68*, p. 800-803.

Clark, L.A. (2007). « Assessment and diagnosis of personality disorder : Perennial issues and an emerging reconceptualization », *Annual Review of Psychology*, *58*, p. 227-257.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. et Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality : Focusing on Object Relations,* Washington, American Psychiatric Publishing.

Coontz, S. (2007). « The origins of modern divorce », *Family Process*, *46*, p. 7-16.

Costa, P.T. et McCrae, R.R. (1991). *NEO PI/FFI Manual Supplement for Use with the NEO-Personality Inventory and NEO Five-factor Inventory,* Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Dicks, H.V. (1967). « The proper study of mankind », *British Journal of Psychiatry*, *113*, p. 1333-1344.

Donnellan, M.B., Larsen-Rife, D. et Conger, R.D. (2005). « Personality, family history, and competence in early adult romantic relationships », *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, p. 562-576.

Doss, B.D., Simpson, L.E. et Christensen, A. (2004). « Why do couples seek marital therapy ? », *Professional Psychology : Research and Practice*, *35,* p. 608-614.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach,* Washington, American Psychological Association.

Firestone, R.W., Firestone, L.A. et Catlett, J. (2006). *Sex and Love in Intimate Relationships*, Washington, American Psychological Association.

First, M.B., Bell, C.C., Cuthbert, B., Krystal, J.H., Malison, R., Offord, D.R. *et al*. (2002). « Personality disorders and relational disorders : A research agenda for addressing crucial gaps in DSM », dans D.J. Kupfer, M.B. First et D.A. Regier (dir.), *A Research Agenda for DSM-V*, Washington, American Psychiatric Association, p. 123-199.

Framo, J.L., Weber, T.T. et Levine, F.B. (2003). *Coming Home Again : A Family-of-origin Consultation,* New York, Brunner-Routledge.

Gamson, J. et Moon, D. (2004). « The sociology of sexualities : Queer and beyond », *Annual Review of Sociology*, *30*, p. 47-64.

Giguère, J., Fortin, C. et Sabourin, S. (2006). « Determinants of conjugal persistence in persons living in first and second conjugal unions », *Canadian Journal of Behavioural Science*, *38*, p. 185-199.

Glenn, N.D. (1998). « The course of marital success and failure in five American 10-year marriage cohorts », *Journal of Marriage and the Family*, *60*, p. 569-576.

Godbout, N., Lussier, Y. et Sabourin, S. (2006). « Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment », *Violence and Victims*, *21*, p. 744-760.

Gonzaga, G.C., Turner, R.A., Keltner, D., Campos, B. et Altemus, M. (2006). « Romantic love and sexual desire in close relationships », *Emotion*, *6*, p. 163-179.

Gottman, J.M. (1994). *What Predicts Divorce ? The Relationship between Marital Processes and Marital Outcomes,* Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Guerin, P.J., Fay, L.F., Burden, S.L. et Gilbert-Kautto, J. (1987). *The Evaluation and Treatment of Marital Conflict : A Four-stage Approach,* New York, Basic Books.

Gurman, A.S. et Fraenkel, P. (2002). « The history of couple therapy : A millennial review », *Family Process*, *41*, p. 199-260.

Haley, J. (1963). « Marriage therapy », *Archives of General Psychiatry*, *8*, p. 213-234.

Hunsley, J. et Mash, E.J. (2007). « Evidence-based assessment », *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, p. 29-51.

Jacobson, N.S. et Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy : Promoting Acceptance and Change in Couple Therapy,* New York, Norton.

Johnson, S.M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection,* New York, Routledge.

Johnson, S.M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D. *et al*. (2005). *Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist : The Workbook,* New York, Routledge.

Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*, New York, Brunner/Mazel.

Karpel, M.A. (1994). *Evaluating Couples : A Handbook for Practitioners,* New York, Norton.

Kelley, H.H. et Thibaut, J.W. (1978). *Interpersonal Relations : A Theory of Interdependence*, New York, Wiley.

Kendler, K.S. et Prescott, C.A. (2006). *Genes, Environment, and Psychopathology : Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders,* New York, Guilford.

Kernberg, O.F. (1995). *Love Relations : Normality and Pathology*, New Haven, Yale University Press.

Kernberg, P.F. (2002). « Complex adoption and assisted reproductive technology », *Archives of General Psychiatry*, *59*, p. 475-476.

Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T. et Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality : Sexual Practices in the United States*, Chicago, University of Chicago Press.

Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B. *et al*. (2006). « A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men : Findings from the global study of sexual attitudes and behaviors », *Archives of Sexual Behavior*, *35*, p. 145-161.

Laurenceau, J.-P., Feldman-Barrett, L. et Rovine, M.J. (2005). « The interpersonal process model of intimacy in marriage : A daily-diary and multilevel modeling approach », *Journal of Family Psychology*, *19*, p. 314-323.

Madanes, C. (1980). « Marital therapy when a symptom is presented by a spouse », *International Journal of Family Therapy*, *2*, p. 120-136.

Mahler, M.S. (1986). « On human symbiosis and the vicissitudes of individuation », dans P. Buckley (dir.), *Essential Papers on Object Relations. Essential Papers in Psychoanalysis*, New York, New York University Press, p. 200-221.

Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1966). *Human Sexual Response,* Oxford, Little, Brown.

McCrae, R.R. et Costa, P.T. Jr. (1996). « Toward a new generation of personality theories : Theoretical contexts for the five-factor model », dans J.S. Wiggins (dir.), *The Five-factor Model of Personality : Theoretical Perspectives*, New York, Guilford, p. 51-87.

Meston, C.M. et Bradford, A. (2007). « Sexual dysfunctions in women », *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, p. 233-256.

Mikulincer, M. et Shaver, P.R. (2006). « The behavioral system construct : A useful tool for building an integrative model of the social mind », dans P.A.M. Van Lange (dir.), *Bridging Social Psychology : Benefits of Transdisciplinary Approaches,* Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, p. 279-284.

Minuchin, P., Colapinto, J. et Minuchin, S. (2007). *Working with Families of the Poor* (2e éd.), New York, Guilford.

Murray, S.L., Holmes, J.G. et Griffin, D.W. (1996). « The benefits of positive illusions : Idealization and the construction of satisfaction in close relationships », *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, p. 79-98.

Newman, D.L., Caspi, A., Moffitt, T.E. et Silva, P.A. (1997). « Antecedents of adult interpersonal functioning : Effects of individual differences in age 3 temperament », *Developmental Psychology*, *33*, p. 206-217.

Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., Brock, G., King, R. et Gingell, C. (2006). « Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB) », *Journal of Sex and Marital Therapy*, *32*, p. 331-342.

Nock, S.L. (2005). « Marriage as a public issue », *The Future of Children*, *15*, p. 13-32.

O'Leary, K.D. (1999). « Developmental and affective issues in assessing and treating partner aggression », *Clinical Psychology : Science and Practice*, *6*, p. 400-414.

O'Leary, S.G. et Vidair, H.B. (2005). « Marital adjustment, child-rearing disagreements, and overreactive parenting : Predicting child behavior problems », *Journal of Family Psychology*, *19*, p. 208-216.

Person, E.S. (2007). *Dreams of Love and Fateful Encounters : The Power of Romantic Passion*. Washington, American Psychiatric Publishing.

Rohrbaugh, M., Shoham, V., Spungen, C. et Steinglass, P. (1995). « Family systems therapy in practice : A systemic couples therapy for problem drinking », dans B.M. Bongar et L.E. Beutler (dir.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy : Theory and Practice. Oxford Textbooks in Clinical Psychology : Vol. 1*, New York, Oxford University Press, p. 228-253.

Rusbult, C.E., Martz, J.M. et Agnew, C.R. (1998). « The Investment Model Scale : Measuring commitment level, satisfaction level, quality of alternatives, and investment size », *Personal Relationships*, *5*, p. 357-391.

Sager, C.J. (1966). « The development of marriage therapy : An historical review », *American Journal of Orthopsychiatry*, *36*, p. 458-467.

Sager, C.J. (1976). *Marriage Contracts and Couple Therapy : Hidden Forces in Intimate Relationships*, Oxford, England, Brunner/Mazel.

Schnarch, D.M. (2001). « The therapist in the crucible : Early developments in a new paradigm of sexual and marital therapy », dans S.H. McDaniel, D.-D. Lusterman et C.L. Philpot (dir.), *Casebook for Integrating Family Therapy : An Ecosystemic Approach,* Washington, American Psychological Association, p. 43-56.

Simpson, J.A. (1994). « Pair bonding as an organizational model for integrating research on close relationships », *Psychological Inquiry*, *5*, p. 58-61.

Slep, A.M.S. et O'Leary, S.G. (2005). « Parent and partner violence in families with young children : Rates, patterns, and connections », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, p. 435-444.

Sluzki, C.E. (2003). « Families imploding : The loosening of the social fabric and the decline of social responsibility at the dawn of the 21st Century, *Journal of Family Psychotherapy*, *14*, p. 1-8.

Snyder, D.K., Heyman, R.E. et Haynes, S.N. (2005). « Evidence-based approaches to assessing couple distress », *Psychological Assessment*, *17*, p. 288-307.

Sternberg, R.J. (1986). « A triangular theory of love », *Psychological Review*, *93*, p. 119-135.

Sternberg, R.J. (2006). « A duplex theory of love », dans R.J. Sternberg et K. Weis (dir.), *The New Psychology of Love*, New Haven, CT, Yale University Press, p. 184-199.

Swindle, R., Jr., Heller, K., Pescosolido, B. et Kikuzawa, S. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-year period : Mental health policy implications, *American Psychologist*, *55*, p. 740-749.

Vallerand, R.J., Blanchard, C., Mageau, G.A., Koestner, R., Ratelle, C., Léonard, M. *et al.* (2003). « Les passions de l'âme : On obsessive and harmonious passion », *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, p. 56-76.

Veroff, J., Kulka, R.A. et Douvan, E. (1981). *Mental Health in America : Patterns of Help-seeking from 1957 to 1976,* New York, Basic Books.

Weeks, G.R., Gambescia, N. et Jenkins, R.E. (2003). *Treating Infidelity : Therapeutic Dilemmas and Effective Strategies,* New York, Norton.

Whiffen, V.E. et MacIntosh, H.B. (2005). « Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress : A critical review », *Trauma, Violence and Abuse*, *6*, p. 24-39.

Whisman, M.A. (2006). « Childhood trauma and marital outcomes in adulthood », *Personal Relationships*, *13*, p. 375-386.

Whisman, M.A., Dixon, A.E. et Johnson, B. (1997). « Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy », *Journal of Family Psychology*, *11*, p. 361-366.

Whisman, M.A. et Uebelacker, L.A. (2003). « Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems », dans D.K. Snyder et M.A. Whisman (dir.), *Treating Difficult Couples : Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders*, New York, Guilford, p. 3-26.

Whisman, M.A. et Uebelacker, L.A. (2006). « Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults », *Journal of Family Psychology*, *20*, p. 369-377.

Widiger, T.A. et Trull, T.J. (2007). « Plate tectonics in the classification of personality disorder : Shifting to a dimensional model », *American Psychologist*, *62*, p. 71-83.

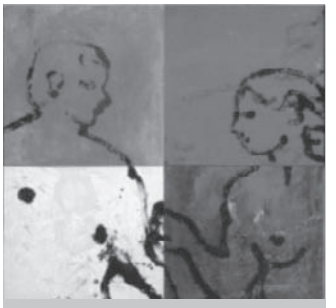
Wright, J., Perreault, R. et Mathieu, M. (1977). « The treatment of sexual dysfunction : A review », *Archives of General Psychiatry*, *34*, p. 881-890.

Wright, J. et Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple : Diagnostic et traitement*. Saint-Damase, Éditions Consultaction.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P. et Mahmodhoussen, S. (à paraître). « The clinical representativeness of couple therapy outcome research », *Family Process*.

Wright, J., Sabourin, S., Poitras-Wright, J., Lefebvre, D. et Lussier, Y. (2006). « Les problèmes de couple », dans O. Fontaine et P. Fontaine (dir.), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive,* Paris, Retz, p. 551-605.

Zentner, M.R. (2005). « Ideal mate personality concepts and compatibility in close relationships : A longitudinal analysis », *Journal of Personality and Social Psychology*, *89*, p. 242-256.



CHAPITRE

2

LE DIAGNOSTIC EN PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE
Vers un nouveau dialogue

Stéphane Sabourin, Justine Lorange, John Wright, Danielle Lefebvre et Hélène Poitras-Wright

L'analyse des modèles étiologiques de la détresse conjugale entreprise au chapitre précédent doit maintenant céder le pas à la présentation des diverses composantes d'un protocole d'évaluation diagnostique fondé sur des données probantes. L'objectif consiste à illustrer les principes d'application du schéma psychopathologique exposé pour guider le processus d'évaluation en psychothérapie de couple. Le présent chapitre se subdivise en neuf sections. Après quelques remarques préliminaires sur le comportement de recherche d'aide et les fonctions de l'évaluation qui forment les deux premières sections du chapitre, la troisième section traite de la structure et des éléments du protocole diagnostique : analyse de la demande, sélection des cibles diagnostiques, choix de stratégies d'entrevues et de questionnaires standardisés et application plus ou

moins formelle de grilles d'analyse des interactions visant à maximiser la qualité des informations obtenues en vue de planifier un traitement approprié de la détresse conjugale. La quatrième section est consacrée aux composantes de la phase transitoire précédant le traitement : analyse des indicateurs pronostiques, communication des résultats de l'évaluation, recommandations, choix, si indiqué, d'un mandat et d'objectifs thérapeutiques et élaboration d'un cadre de travail. Le chapitre se termine, et il s'agit là de la cinquième section, par des illustrations cliniques traitant des particularités du processus de communication des résultats de l'évaluation aux conjoints lorsque le mandat et les objectifs s'orientent soit vers l'amélioration de la relation, soit vers la gestion de l'ambivalence ou vers l'intervention de crise.

1. LE COMPORTEMENT DE RECHERCHE D'AIDE PROFESSIONNELLE CHEZ LES COUPLES

Le comportement de recherche d'aide auprès d'un spécialiste de la psychothérapie de couple est déterminé par une diversité de facteurs individuels, relationnels et sociaux. Le principal objectif de cette section est de souligner la complexité et la fragilité du processus conjoint de recherche d'aide. La poursuite de cet objectif s'appuie sur deux séries d'observation. Premièrement, il importe de bien documenter la sous-utilisation des services de psychothérapie de couple et d'en décrire les causes immédiates. Deuxièmement, nous décrivons les étapes et les transitions typiques qui précèdent la demande de consultation.

Nous formulons l'hypothèse que les taux élevés d'abandon prématuré de la consultation conjugale, de rémission partielle, d'échec du traitement et de rechute (voir le dernier chapitre du présent ouvrage) sont parfois imputables à une méconnaissance de la dynamique des trajectoires de recherche d'aide. Cette méconnaissance se répercute sur la qualité de l'alliance en période diagnostique, mais aussi sur la capacité de l'intervenant de saisir rapidement et en profondeur les enjeux relationnels dysfonctionnels.

2. LE RECOURS À LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE : QUELQUES CONSTATS

Bien que la documentation scientifique soit limitée, l'analyse du cheminement de la demande d'aide en psychothérapie de couple met en relief diverses caractéristiques : sous-utilisation chronique des services, délais prolongés précédant le premier contact, négociation intensive entre les conjoints, enchevêtrement des démarches individuelles et conjugales, multiplication des tentatives de recherche d'aide.

2.1. La fréquence des comportements de recherche d'aide professionnelle ne correspond pas aux taux de dysfonctions conjugales observés au sein de la population

Les chercheurs rapportent que moins de 25% des couples en détresse contactent un spécialiste en psychothérapie de couple pour résoudre leurs difficultés. Des analyses rétrospectives auprès de couples qui ont dissous leur mariage confirment la justesse de cette estimation (voir Doss, Simpson et Christensen, 2004 pour une brève recension de ces écrits). Ces chiffres convergent aussi avec ceux rapportés pour les troubles mentaux usuels (Wang, Berglund, Kessler, Olfson, Pincus et Wells, 2005). Les services de psychothérapie de couple sont donc nettement sous-utilisés.

L'accessibilité limitée de ces services en milieu institutionnel n'explique que partiellement la faiblesse de ces taux. Au surplus, plusieurs couples priorisent d'abord, à juste titre, la réflexion personnelle, la lecture d'ouvrages spécialisés et l'appui des réseaux informels de soutien social. Toutefois, quand l'application de ces stratégies actives de résolution de problèmes échoue, le recours à la psychothérapie de couple n'est pas systématique. En conséquence, d'un point de vue clinique, quand un couple décide de consulter, l'intervenant désire procéder rapidement pour soutenir la motivation parfois chancelante des conjoints. Nous partageons cet objectif. Devant la relative rareté des demandes d'assistance professionnelle, chaque requête de consultation conjugale doit être traitée avec célérité, compassion et rigueur. Toutefois, nous soutenons ici que, sauf en situation de crise, l'application intégrale d'un protocole d'évaluation diagnostique multimodal comporte plus d'avantages que d'inconvénients : précision, complexité et pertinence des hypothèses de travail qui guideront la planification du traitement, examen clinique approfondi des disparités motivationnelles et des objectifs multiples des conjoints (ce qui conduit à un mandat thérapeutique spécifique aux besoins des conjoints), application de stratégies de développement de l'alliance respectant les buts et les réticences de chacun, obtention d'un consentement éclairé, respect des principes déontologiques.

2.2. Le délai moyen entre l'apparition du trouble conjugal et le premier contact avec un spécialiste de la psychothérapie de couple s'élève à près de six ans

Ce délai moyen de six ans avant une première psychothérapie de couple (Doss *et al.*, 2004) témoigne, en toute probabilité, de la prépondérance des stratégies de minimisation des problèmes et de la souffrance face aux stresseurs relationnels. Ces chiffres concordent avec les courbes probabilistes de vitesse de premier contact avec un professionnel observées par Wang *et al*. (2005) chez les personnes souffrant d'un trouble mental individuel. Cependant, compte tenu de la durée moyenne décroissante des unions conjugales, les risques de dissolution d'union préalable à toute demande de thérapie conjugale sont élevés. La clinique des troubles conjugaux révèle en effet que les consultations à visée

préventive sont assez inhabituelles tandis que les cas chroniques abondent (Tremblay, Wright, Mamodhoussen et Sabourin, à paraître). D'un point de vue clinique, ces résultats appuient, eux aussi, notre proposition d'une évaluation diagnostique standardisée. De plus, l'intervenant doit prévoir rencontrer des cas complexes et appliquer les mesures qui s'imposent. En médecine, les protocoles diagnostiques et thérapeutiques se particularisent en fonction de la gravité du tableau clinique : la présence de symptômes associés à des maladies graves, tel le cancer, déclenche l'application d'un ensemble systématique de tests. En psychothérapie de couple, la même rigueur doit être appliquée ; certaines situations de couple s'apparentent à une forme de cancer en phase terminale : les risques de dissolution sont élevés, les problèmes se sont chronicisés et l'impulsivité suicidaire ou homicidaire viennent parfois alourdir le tableau.

2.3. Le comportement de recherche d'aide professionnelle chez les couples résulte d'un processus de négociation intensif

En couple, la décision de consulter nécessite une coordination étroite des objectifs et des plans de chacun. Cette coordination est d'autant plus difficile que les conjoints n'ont pas nécessairement un rythme similaire de prise de conscience des problèmes du couple. De plus, les méthodes privilégiées pour résoudre les différends conjugaux peuvent ne pas correspondre. En surface, le recours systématique aux stratégies d'engagement ou d'approche semble conférer aux femmes un rôle prépondérant dans le processus de recherche d'aide. D'ailleurs, la majorité des cliniciens confirme que les demandes de psychothérapie de couple sont initiées par des femmes (Lamarre et Lussier, 2007). De plus, quand ce sont les hommes qui entreprennent les premiers contacts, plusieurs soutiennent, implicitement ou explicitement, qu'ils agissent sous la contrainte, suite à un ultimatum ou à une menace de dissolution d'union. Cependant, l'analyse approfondie du comportement de recherche d'aide met aussi en relief l'influence exercée par les hommes. De nombreux premiers entretiens téléphoniques sont de véritables entrevues d'embauche visant à assurer la présence, chez l'intervenant, d'une réceptivité aux stratégies d'évitement typiquement masculines, surtout si l'intervenant est une femme : « Vous savez, mon conjoint est réticent. J'ai eu beaucoup de difficultés à le convaincre de venir et je dois lui en reparler. Savez-vous vous y prendre avec les hommes ? Est-ce que ce serait préférable de rencontrer un thérapeute masculin ? »

2.4. Les trajectoires de recherche d'aide professionnelle individuelles et conjugales s'entrecroisent

La cooccurrence étroite des troubles mentaux et conjugaux a été abordée au chapitre précédent et elle est aussi approfondie dans plusieurs des chapitres qui suivent. La recherche et l'expérience clinique montrent que la psychothérapie de couple constitue bien souvent une solution thérapeutique de dernier ressort ou une entreprise parallèle à des traitements médicaux ou psychothérapeutiques individuels. Ces interventions constituent souvent une nécessité médicale ou psychologique, mais elles peuvent aussi

obscurcir l'existence de problèmes conjugaux et en ralentir le traitement. Par exemple, bien des individus quittent abruptement la psychothérapie individuelle quand ils ont l'impression, à tort ou à raison, que la réflexion entreprise les amène vers la séparation ou le divorce. De même, plusieurs experts et patients rapportent que la psychothérapie individuelle contribue parfois à l'accélération d'un processus de dissolution d'union (Gurman et Fraenkel, 2002). Bien que la dissolution d'union puisse constituer un résultat thérapeutique positif, cette décision gagne, sauf dans les cas de violence physique, à être examinée en psychothérapie de couple. L'analyse de la dynamique du couple en présence des conjoints enrichit et assouplit les processus attributionnels utilisés pour expliquer la séparation et facilite la transition vers un nouveau mode de vie familial. L'enchevêtrement des comportements individuels et conjugaux de recherche d'aide pose de difficiles problèmes de coordination multidisciplinaire. Plusieurs intervenants, pour des raisons administratives ou professionnelles, refusent d'être contactés. De même, des patients expriment de fortes réticences à ce type de communication : problèmes de loyauté, de clivage, craintes d'éventuelles tensions entre les professionnels quant aux priorités à retenir. Par exemple, plusieurs craignent que ce type de communication entre spécialistes n'amène leur conjoint à découvrir leurs préoccupations les plus intimes, décrites par ailleurs abondamment en traitement : faiblesses personnelles, aventures extraconjugales, sentiments de colère vis-à-vis le conjoint, motifs inavouables de poursuivre la relation actuelle.

2.5. Plus de 50 % des couples n'en sont pas à leur première psychothérapie de couple

L'abandon prématuré de la psychothérapie de couple est un phénomène bien documenté (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff et Mamodhoussen, 2007). De 15 % à 50 % des couples décident unilatéralement de mettre un terme à la psychothérapie même si les objectifs de départ ne sont pas atteints. Plusieurs raisons sont invoquées pour justifier cette décision : motivation chancelante, ruptures de l'alliance, incompatibilité des visions des conjoints et de l'intervenant, aggravation des symptômes, décision de dissoudre l'union, lourdeur de l'investissement financier quand le traitement se prolonge. Cependant plus de 50 % de ces couples retournent en traitement chez un autre intervenant (p. ex., Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom et Simpson, 2004). Cette caractéristique requiert une attention particulière au moment de l'évaluation.

3. LES ÉTAPES DU PROCESSUS CONJOINT DE RECHERCHE D'AIDE

De façon générale, avant de consulter, les couples traversent trois transitions importantes : *a)* une phase prodromique, où les premiers symptômes de détresse conjugale apparaissent ; *b)* une prise de conscience véritable, chez au moins l'un des conjoints, de la présence d'un trouble conjugal ; *c)* un passage de la reconnaissance du trouble conjugal à un comportement de recherche d'aide professionnelle.

Au premier stade, les symptômes de détresse conjugale sont insidieux et ils s'expriment généralement selon deux modes. Le premier mode est internalisé ; il comprend un ensemble organisé de manifestations affectives, cognitives et comportementales : réduction progressive de la fréquence des comportements positifs, dévitalisation standardisée des rapports sexuels, apparition de malaises physiques, détresse chez l'un des enfants du couple, inquiétudes multiples à propos de la qualité de la communication et ainsi de suite. Habituellement, ces facteurs prodromiques ou signes avant-coureurs n'apparaissent que chez l'un des conjoints et ils sont tenus secrets. Le deuxième mode de réactions prodromiques est externalisé ; il regroupe des comportements impulsifs et des pertes de contrôle : augmentation discrète de la consommation d'alcool ou de drogues, flirts anodins, conduite automobile à risque, sautes d'humeur inexpliquées. Ces comportements externalisés sont rarement pris au sérieux. À cette première étape, les symptômes de détresse conjugale, qu'ils soient internalisés, externalisés ou mixtes, sont traités comme des états d'inconfort vagues, difficiles à appréhender. Diverses stratégies de minimisation des problèmes et de la souffrance sont mises en œuvre : « Ce n'est pas si pire. Les choses vont se calmer éventuellement. Je vais retrouver le conjoint que j'ai tant aimé. Tous les couples connaissent des périodes creuses et des passages à vide. » Quand la conscience du problème se fait plus forte, la personne ronge tout de même son frein : « Vaux mieux que je me taise, de toute façon, il ne comprendra pas. »

Au deuxième stade, les symptômes de détresse s'intensifient chez l'un des conjoints et les stratégies de minimisation ou de rationalisation des difficultés perdent de leur efficacité. Des liens s'établissent entre les symptômes vécus et un diagnostic personnel de trouble conjugal. La passion, l'intimité ou l'engagement s'affaiblissent plus nettement. La reconnaissance de la présence de difficultés préoccupantes dans l'une ou plusieurs de ces sphères relationnelles peut se faire progressivement ou suite à une crise : dispute ouverte, climat de distance et d'indifférence, violence psychologique aiguë, infidélité émotionnelle ou sexuelle, coercition physique. La personne la plus consciente des problèmes conjugaux partage ouvertement ses impressions à son conjoint et/ou à ses proches. Le conjoint peut acquiescer ou résister de façon véhémente à cette interprétation. À ce point de jonction, les processus attributionnels des conjoints à propos des causes de leurs difficultés s'activent et se confrontent. Après avoir expliqué leur détresse par des causes situationnelles ou externes (« J'ai eu un surcroît de travail, on n'a pas eu le temps de se voir », « ma mère a été malade et j'ai dû me rendre à son chevet régulièrement, ce n'est pas idéal pour la vie de couple », ou « je me suis disputée avec mes amies et je ne m'en remets pas », les causes des problèmes conjugaux s'internalisent sous l'influence de deux facteurs : 1) les conditions changent mais la passion ou l'intimité ne reviennent pas ; 2) le laps de temps écoulé depuis l'événement critique autour duquel se sont cristallisées les attributions ne justifie plus l'intensité de la détresse conjugale vécue. Le couple est maintenant directement en cause pour l'un des deux conjoints ou pour les deux. Cette phase, cela a été dit plus tôt, peut durer longtemps. Toutefois, en règle générale, la probabilité d'un diagnostic de trouble conjugal s'élève dès qu'un des conjoints discute franchement de ses insatisfactions. D'ailleurs, en clinique et en recherche,

en dépit de cette disparité des jugements respectifs des partenaires, le diagnostic de trouble conjugal ne nécessite pas un accord entre les partenaires à propos de l'état de la situation. Au contraire, la présence d'une forte disparité constitue souvent un symptôme clé de processus conjugaux dysfonctionnels (Karpel, 1994).

Au troisième stade, sous l'effet d'un consensus ou à la suite de pressions coercitives, une démarche directe de recherche d'assistance professionnelle est entamée. Chacun a épuisé les ressources de son réseau d'aide personnel (les conseils et le soutien des amis, de la parenté et des collègues de travail, la bibliothérapie) ; la consultation des paraprofessionnels (conseillers spirituels, groupes d'entraide) et des professionnels de première ligne (médecins, infirmières) n'a pas donné les résultats escomptés. La psychothérapie de couple est maintenant mise à contribution. Le processus d'évaluation diagnostique peut débuter.

3.1. Les fonctions de l'évaluation en psychothérapie de couple

Afin de bien situer l'importance de l'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple, il convient d'abord d'en présenter les fonctions essentielles. Au sein du protocole exposé ici, les principales tâches à accomplir lors de l'évaluation se résument en sept points.

1. Établir un diagnostic différentiel cernant la nature et la gravité des problèmes.
2. Déterminer si la psychothérapie de couple est l'option la plus appropriée compte tenu de la situation des conjoints.
3. Préparer, en fonction d'une analyse des causes immédiates, intermédiaires et lointaines des problèmes de couple et en identifiant les forces des conjoints, une formulation de cas qui sera discutée ouvertement dans le cadre d'une séance de rétroaction structurée.
4. Aider les conjoints à choisir un mandat thérapeutique ou une séquence potentielle de mandats répondant aux besoins de chacun et aux particularités de la situation du couple : consultation d'ajustement, gestion de l'ambivalence, intervention de crise ou thérapie de séparation.
5. Élaborer une série d'objectifs possibles et de cibles d'intervention spécifiques à chacun des mandats négociés.
6. Examiner la pertinence d'options thérapeutiques complémentaires – médicales, psychologiques ou sociales – visant à améliorer la qualité de vie des conjoints et de leurs enfants, s'ils en ont.
7. Prendre les mesures nécessaires pour assurer que l'évaluation contribue à améliorer le bien-être des conjoints et de leur famille, tout en évitant d'amorcer le traitement avant la conclusion d'une entente formelle et d'un contrat thérapeutique clair.

Ce bref examen des objectifs fondamentaux de l'évaluation ralliera probablement les cliniciens d'une diversité d'écoles thérapeutiques. En effet, l'accent particulier et les priorités spécifiques adoptées ne varient que légèrement d'un groupe à l'autre. Toutefois, le protocole proposé se démarque ici des pratiques de plusieurs cliniciens sur deux aspects : la durée relativement longue de la période diagnostique et la présence d'une nette démarcation temporelle entre les phases d'évaluation et de traitement.

En psychothérapie de couple, le processus d'évaluation, tel que nous le concevons, se déroule sur une période de temps assez longue, variant de 4 à 6 heures. La diversité des sources d'évaluation et la durée de l'évaluation facilitent le développement et la révision d'hypothèses cliniques pointues qui rendent compte des différentes causes et conséquences des dysfonctions conjugales. Ce degré élevé d'investissement et de structuration de la phase diagnostique répond à des impératifs cliniques et déontologiques (voir aussi Bouchard dans le présent ouvrage).

En démarquant nettement l'évaluation du traitement, l'intervenant signale d'abord aux conjoints l'importance de déterminer s'il existe une indication de psychothérapie de couple. Il se réserve explicitement le droit de ne pas amorcer le traitement si les conditions de son efficacité ne sont pas réunies : motivation trop faible ou inadéquate, consommation désorganisée ou non encadrée d'alcool et de drogue, risque élevé de violence (voir la section sur les paramètres du cadre de travail). Il explique que les recommandations habituelles vont de l'absence d'intervention à la psychothérapie de couple, en passant par la psychothérapie individuelle, l'évaluation médicale et la psychothérapie d'enfant. Il précise aussi que s'il y a un traitement en couple, les mandats peuvent varier. Ainsi, au départ, toutes les options demeurent ouvertes. Le clinicien indique aux conjoints qu'ils auront un rôle important à jouer dans l'élaboration du mandat thérapeutique qui sera confié à l'intervenant. Cette participation reposera, nous le verrons plus loin, sur une discussion approfondie des visions respectives de chaque partie engagée quant à la nature des problèmes du couple, à leurs causes immédiates ou lointaines et aux options thérapeutiques appropriées.

L'établissement d'une distinction temporelle claire entre les phases d'évaluation et de traitement contribue donc à l'obtention d'un consentement éclairé des conjoints à un éventuel programme d'intervention. D'un point de vue clinique, l'intervenant contribue ainsi à la construction de l'alliance thérapeutique et il communique du même coup plusieurs valeurs.

1. Il prend suffisamment au sérieux les difficultés des conjoints pour ne pas s'impliquer aveuglément et inconditionnellement auprès d'eux.
2. Il souligne l'importance des fonctions d'autoexamen et d'autocritique de ses compétences professionnelles, compte tenu de la situation spécifique des conjoints.
3. Il favorise une répartition équitable du pouvoir et la participation de chacun aux processus décisionnels.

4. Il démontre *in vivo* l'importance psychologique de mettre des limites au sein des relations personnelles et professionnelles, ce qui constitue un élément de *modeling* thérapeutique indispensable pour plusieurs conjoints.

La communication de ces valeurs est particulièrement cruciale auprès de couples où les aménagements relationnels dysfonctionnels se caractérisent par une forte asymétrie de la dominance, une faible capacité d'affirmation personnelle et une propension au sacrifice de soi excessif. Elle vise aussi, dans certains cas, la dissolution de croyances irrationnelles et le désamorçage précoce de formes inadéquates d'idéalisation de l'intervenant : « Si vous le vouliez, vous pourriez sauver mon couple même si nous n'avons plus d'espoir » ou « Je pense que vous pouvez déjà nous aider même si vous ne connaissez que très peu de choses sur nous. De toute façon, votre compétence est reconnue unanimement et les problèmes de couple, c'est toujours du pareil au même ».

Bien sûr, l'application, même très méticuleuse, du protocole décrit plus loin ne conduit pas toujours à un jugement diagnostique exempt d'imprécisions ou d'erreurs. L'intervenant doit composer avec des situations où l'information disponible est incomplète, biaisée et/ou incohérente. Il formule des hypothèses de travail qui devront être corroborées, révisées ou remplacées.

3.2. Le protocole d'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple

En consultation conjugale, la phase d'évaluation se déroule en plusieurs séances. Le nombre et le format de ces entretiens varient beaucoup d'un intervenant à l'autre. Le protocole adopté ici comprend un minimum de quatre rencontres d'évaluation diagnostique d'une durée moyenne de 90 minutes. Il se rapproche des pratiques cognitives-comportementales contemporaines (Epstein et Baucom, 2002) et de certaines pratiques psychodynamiques (Kernberg, 1995). Notre pratique ne correspond toutefois ni aux recommandations des tenants de l'approche cognitive-comportementale intégrative (Jacobson et Christensen, 1996), ni à celles des spécialistes de la psychothérapie de couple systémique et centrée sur les émotions (Johnson, 2004), tant sur le plan du nombre de séances qu'à propos de la démarcation claire des phases évaluative et thérapeutique.

Jacobson et Christensen (1996) adoptent un protocole composé d'une entrevue conjointe, d'une rencontre individuelle avec les partenaires et d'une séance de rétroaction résumant la formulation du cas et le plan de traitement. Des questionnaires sont expédiés au couple par la poste et ils sont rapportés lors de la première entrevue conjointe. Ces auteurs, en rupture avec les pratiques usuelles, discutent le moins possible des problèmes relationnels lors de la première rencontre. Cette suggestion vise à atténuer les risques de mise en marche de processus d'escalade, de blâmes mutuels et d'intensification des sentiments d'aliénation. Les objectifs de l'entrevue conjointe initiale sont d'expliquer la structure du processus d'évaluation, de normaliser l'ambivalence vis-à-vis la psychothérapie de couple en soulignant que les conjoints ne s'engagent qu'à une évaluation et de soulager temporairement la détresse conjugale en augmentant

l'optimisme. Ces objectifs sont atteints en mettant l'accent sur les débuts de la relation (comment ils se sont rencontrés), le déroulement de la période de fréquentation, les caractéristiques de la relation avant que les problèmes n'apparaissent, les particularités de la situation actuelle quand les choses vont bien, la nature de la relation si les problèmes disparaissaient. Bien que Jacobson et Christensen justifient ce choix diagnostique en invoquant des principes behavioraux (renforcement positif, variabilité inhérente de la topographie des comportements chez des couples en détresse), le lecteur n'est pas sans remarquer la présence d'un parallèle avec certaines pratiques systémiques contemporaines : recherche d'exception où le problème ne se manifeste pas et technique de la question miracle.

En psychothérapie de couple centrée sur les émotions, Johnson (2004) recommande deux séances conjointes d'évaluation et une séance facultative avec chacun des partenaires. Ces séances durent entre 60 et 75 minutes. Les séances conjointes servent à recueillir des informations de base sur la vie des conjoints, les motifs de la consultation, les aspects positifs de la relation, les patrons d'interaction problématiques ainsi que les solutions adoptées pour remédier à ces problèmes, l'histoire du développement de la relation ainsi que leur compréhension des raisons qui expliquent le choix du conjoint et l'analyse de l'histoire développementale des stratégies d'attachement de chacun. Les séances individuelles visent à renforcer l'alliance et à déterminer le mode de fonctionnement en l'absence du conjoint, la force de l'engagement, la perception du partenaire, les traumas passés et leurs effets sur les stratégies d'attachement et sur les patrons d'interaction. Johnson précise toutefois que l'évaluation ne constitue pas une étape distincte du traitement et que l'intervention débute dès la première rencontre. L'évaluation s'appuie aussi sur le recours à des questionnaires normalisés.

Lors de la période d'évaluation, les cliniciens expérimentés emploient des modes flexibles d'organisation et de priorisation des informations cliniques. Le protocole exposé ici comprend une série d'objectifs généraux et quelques propositions méthodologiques concrètes pour structurer les séances. Ce guide clinique peut être utilisé selon un format semi-structuré ou un format structuré (le lecteur intéressé à consulter la version structurée de ce protocole peut le faire sur un site web, à l'adresse <www.uqtr.ca/lab_couple>). Chez certains, la séance s'organise en fonction d'événements cliniquement significatifs amenés par les conjoints. D'autres préfèrent utiliser une séquence prédéterminée de questions. Règle générale, plus l'intervenant est inexpérimenté ou incertain, plus il gagne à s'inspirer d'une méthode structurée et uniforme. Ce type de méthode se prête bien à une codification serrée des réponses des conjoints.

4. LE PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE

Généralement, le premier contact s'établit par téléphone avec l'un des conjoints. La durée de ce contact varie d'un clinicien à l'autre. Au départ, il nous semble important d'assurer que la demande justifie une rencontre d'évaluation diagnostique en couple.

Par exemple, les cas de violence physique sévère, de risque suicidaire grave, de troubles mentaux persistants, de médiation conjugale, de mauvais traitement d'un enfant et les cas d'individus qui vivent une remise en question de leur relation, mais ne semblent pas encore prêts à bénéficier de rencontres en couple, sont aiguillés vers des services plus appropriés. Certains individus vont présenter leur vision du problème et exprimer leur détresse au clinicien. La compassion et l'empathie sont de mise. Parfois, il arrive que l'individu mette directement en cause la responsabilité de son partenaire. Le clinicien reconnaît la détresse du client et soutient son comportement de recherche d'aide. Par contre, il évite de former une alliance individuelle trop forte ou de contribuer à l'activation d'un processus pathologique de collusion ou de triangulation. L'intervenant précise donc que les informations importantes devront être révélées en présence des deux conjoints. Si le clinicien demeure incertain quant à la nature de la demande (p. ex. chez des couples en crise aiguë) ou lorsqu'un partenaire est méfiant ou peu motivé, il peut parler brièvement à l'autre partenaire avant la première rencontre en couple.

5. LA PREMIÈRE RENCONTRE D'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

La première rencontre réunit l'intervenant et les deux conjoints. Cet entretien vise simultanément plusieurs objectifs : 1) la négociation d'un mandat provisoire et l'obtention du consentement éclairé ; 2) l'analyse des motifs de consultation et des précipitants de la demande d'aide ; 3) la description de l'histoire générale de l'union et des aspects positifs de la relation ; 4) la présentation facultative d'un résumé de la problématique et de pistes de réflexion.

5.1. La négociation d'un mandat provisoire et l'obtention du consentement éclairé des conjoints

L'intervenant présente les objectifs de la période d'évaluation, les méthodes qui seront appliquées pour atteindre ces objectifs et les rôles respectifs de chacun durant cette période. Ici, l'intervenant ne tient pas pour acquis que les informations communiquées par téléphone à l'un des conjoints ont été rapportées au partenaire.

La présentation générale des *objectifs* des rencontres d'évaluation s'inspire des fonctions du diagnostic exposées en tout début de chapitre : *a)* identifier et prioriser les sources de préoccupations de chacun en s'efforçant de déterminer les sphères relationnelles touchées (intimité, engagement et passion), les trajectoires évolutives spécifiques de ces difficultés et la gravité actuelle des problèmes du couple ; *b)* examiner l'histoire du développement de la relation en précisant les transitions importantes, les événements biographiques déterminants (positifs et négatifs) ; *c)* cerner les aspects positifs de la relation et les forces de chacun ; *d)* obtenir de multiples échantillons du style d'interaction des conjoints afin de déterminer les causes immédiates et lointaines de leurs difficultés ; *e)* déterminer ensemble si la psychothérapie de couple constitue à ce stade-ci

le traitement le plus approprié compte tenu de la situation du couple. L'intervenant communique que l'évaluation et le traitement sont deux phases distinctes de la psychothérapie de couple.

La description de la *structure* du processus d'évaluation fait référence au nombre de séances, à leur durée, à un horaire spécifique, au tarif et aux méthodes d'évaluation utilisées. Nous préconisons un protocole en quatre rencontres, incluant une séance individuelle avec chaque conjoint. Ces deux séances individuelles forment la deuxième rencontre du processus d'évaluation. Le processus d'évaluation s'étend habituellement sur une période de quatre semaines (incluant la séance de rétroaction), mais il peut être condensé en cas de crise ou allongé quand la situation est complexe (psychopathologie individuelle, nombre élevé d'unions précédentes). Le tarif est fonction des qualifications et de l'expérience de l'intervenant. Les méthodes employées incluent l'entrevue en couple semi-structurée, l'entrevue individuelle, une batterie de questionnaires que les conjoints complètent généralement entre la première et la deuxième séance et une courte période, à la fin de la troisième séance d'évaluation, consacrée à l'observation du style d'interaction des conjoints.

Les *rôles* de chacun durant la phase diagnostique sont discutés et l'emphase est placée sur deux éléments : la présence physique et la présence psychologique.

La présence physique aux rendez-vous constitue, en apparence, une exigence banale, mais la négociation de l'horaire met parfois en évidence quelques difficultés spécifiques : problèmes de conciliation des horaires des trois parties en cause, retards systématiques aux séances, déplacements fréquents des rendez-vous, annulations non motivées. Ces problèmes logistiques renvoient souvent à une faiblesse de l'engagement vis-à-vis la démarche diagnostique qui doit éventuellement être abordée : agressivité passive et indirecte envers l'épouse qui a servi un ultimatum, transposition des peurs vis-à-vis l'engagement conjugal ou l'intimité à la relation thérapeutique, activation précoce d'une relation d'objet malsaine vis-à-vis l'intervenant ou d'un phénomène de triangulation (rivalité, compétition, peur de la dépendance, mépris ou envie).

La présence et la participation psychologiques constituent aussi des composantes clés du rôle des conjoints. La simple présence physique aux séances ne suffit pas. La validité du diagnostic dépend directement de la transparence des conjoints. Or, même si, pour la majorité des gens, la relation amoureuse se classe au sommet de la hiérarchie des relations sociales, la dissimulation d'information et le mensonge constituent des comportements interpersonnels aversifs répandus au sein des relations intimes (Knapp, 2006). Il va sans dire que plus le degré d'intimité au sein d'une relation augmente, plus les mensonges diminuent. Toutefois, chez de jeunes adultes en relation de fréquentation, plus de 90 % admettent avoir menti à leur partenaire à propos de leur sexualité (Knox, Schacht, Holt et Turner, 1993, cités dans Knapp, 2006). De plus, en examinant divers types de relations intimes, DePaulo et Kashy (1998, cités dans Knapp, 2006) mentionnent

qu'en étudiant 10 épisodes d'interaction par dyade, il est possible de repérer des mensonges dans 10 % des cas. Afin de minimiser le jeu de ces facteurs, l'intervenant dispose de quelques options.

- Informer très tôt les participants des conséquences négatives de l'autocensure et des secrets : erreurs diagnostiques, gaspillage des ressources financières, absence de progrès thérapeutique, prolongement de la durée du traitement.
- Vérifier régulièrement au cours des quatre séances d'évaluation si les conjoints veulent ajouter des choses à ce qui a déjà été dit, surtout à propos des thèmes qui soulèvent l'embarras, la honte, la culpabilité ou la colère (peur d'une blessure à l'image de soi ou crainte du jugement du conjoint ou du thérapeute).
- Poser les mêmes questions à différents moments ou dans différents contextes (entrevue conjointe et individuelle) en utilisant une formulation différente. Par exemple, si une personne révèle en entrevue conjointe qu'elle a eu une liaison en soulignant que celle-ci est terminée, l'intervenant peut, en entrevue individuelle, vérifier pourquoi la personne a mis un terme à cette aventure, si elle entretient encore des fantaisies vis-à-vis ce partenaire et si elle le revoit à l'occasion.
- Administrer des instruments de mesure conçus spécifiquement pour évaluer des traits de personnalité liés à la dissimulation et au mensonge : traits psychopathiques, masochistes ou narcissiques.

Ces balises psychoéducatives contribuent aussi à préciser le rôle du thérapeute. L'intervenant n'est pas omniscient (il ne devine pas ce que les conjoints ne lui disent pas), tout comme il n'est pas omnipotent (il ne peut changer la dynamique interactionnelle sans une forte implication du couple). Son rôle durant la période diagnostique consiste à recueillir un maximum de renseignements en appliquant des techniques d'écoute et de clarification, des tâches interactionnelles fondées sur l'observation systématique, des méthodes de cueillette de données hors des entrevues (fiches d'autoobservation ou questionnaires) et ainsi de suite. Le rôle du thérapeute lors de la phase diagnostique culmine lors de la séance structurée de rétroaction qui guidera la discussion à propos d'un éventuel mandat thérapeutique. La présentation du rôle de l'intervenant clarifie aussi sa neutralité : « Il est important que vous compreniez que je vais tenter d'écouter chacun d'entre vous et ne pas privilégier une seule vision. Je vais plutôt donner une place égale à vos deux visions des problèmes et des solutions. » L'intervenant s'engage aussi à respecter la confidentialité des informations divulguées par les conjoints tout en soulignant les limites de cet engagement (risques suicidaires, homicidaires, mauvais traitement vis-à-vis les enfants et ainsi de suite ; voir le chapitre de Bouchard dans le présent ouvrage).

Cette description, au cours de la première entrevue, des objectifs, des tâches et des rôles de chacun contribue à l'établissement d'une alliance diagnostique (Friedlander, Escudero et Heatherington, 2006 ; Knobloch-Fedders, Pinsof et Mann, 2007 ; Pinsof et

Catherall, 1986). Du même coup, le consentement éclairé des participants s'en trouve amélioré. L'intervenant dispose maintenant d'un mandat provisoire d'évaluation. Les conjoints ont aussi eu l'occasion de présenter leurs attentes à propos du processus diagnostique, de poser des questions sur les qualifications de l'intervenant ou sur ses procédés et de formuler leurs objectifs d'évaluation. Certains spécialistes formalisent cette entente par la signature d'une formule spécifique à la phase diagnostique ou valable pour l'ensemble des rencontres. C'est aussi à ce stade, s'il y a lieu, que l'autorisation d'enregistrer les séances à des fins de supervision ou de recherche doit être abordée.

Après coup, l'analyse des motifs de consultation s'engage. Sur le plan clinique, cette étape est délicate à plus d'un point de vue. En effet, les conjoints poursuivent des buts significatifs – exposer ses insatisfactions, convaincre le conjoint de la justesse de son point de vue, exprimer ses espoirs, demander des changements – et ces objectifs sont coactivés simultanément à des réactions émotionnelles intenses et complexes. L'intervenant navigue entre deux objectifs diagnostiques importants. D'une part, il souhaite entrer rapidement dans le vif du sujet et obtenir l'information qui lui permettra de juger de la nature et de la gravité du trouble conjugal. L'analyse de la réactivité émotionnelle des conjoints fait partie des processus psychologiques à investiguer. D'autre part, le spécialiste sait que cette coactivation d'objectifs personnels significatifs et d'affects négatifs comporte de sérieux risques. Les conjoints peuvent désinvestir leurs objectifs et/ou prioriser la réduction des réactions émotionnelles. Dans les deux cas, l'interruption de la démarche thérapeutique devient une solution attrayante. L'analyse des motifs de consultation requiert donc un certain doigté, de la prudence et une capacité de désamorcer des situations critiques. Nous revenons sur ce point plus loin.

5.2. L'analyse des motifs de consultation et des précipitants de la demande

La présente section traite de quatre thèmes reliés : 1) les techniques d'exploration des motifs de consultation ; 2) les principaux motifs de consultation en psychothérapie de couple ; 3) les problèmes cliniques posés par l'examen des motifs de consultation ainsi que les solutions préconisées ; 4) l'identification préliminaire des précipitants de la demande d'aide.

A. Techniques d'exploration

Les motifs de la consultation peuvent être abordés de plusieurs façons. Par exemple : « Qu'est-ce qui vous amène à consulter maintenant ? », « Qui vous a référé et pourquoi ? » ou encore, « Qui a pris l'initiative de venir consulter ? » ou encore, « J'aimerais entendre la façon dont chacun d'entre vous voit les difficultés qui vous amènent à consulter ».

Les réponses à ces premières questions sont très variables, mais elles génèrent habituellement des informations pertinentes à propos : *a)* des stresseurs conjugaux récents ; *b)* des caractéristiques, de la dynamique ou de l'environnement du couple ; *c)* des attributions émises par chacun en rapport avec ces difficultés. Voici un exemple simple qui illustre l'application de cette technique.

Vignette clinique – Charlotte et Henri

Thérapeute : Qu'est-ce qui vous amène à consulter ?

Charlotte : Il n'est jamais là parce qu'il tient plus à son travail qu'aux enfants et à moi.

Henri : Elle n'est jamais satisfaite parce qu'elle a toujours été insécurisée et en compétition avec mon emploi.

Ici, le travail s'engage rapidement et la question de l'intervenant active des réactions qui peuvent être comprises selon diverses grilles théoriques. Il va sans dire que ce ne sont là que des processus inférentiels préliminaires présentés à titre d'exemple.

- *Cognitive-comportementale :* processus attributionnels conflictuels axés sur des caractéristiques globales et stables du conjoint (sa personnalité), imprégnés de puissants affects négatifs culminant en blâme mutuel. Risque élevé d'escalade et de réciprocité négative.
- *Systémique :* phénomène de triangulation où le mari, pour créer une distance émotionnelle et éviter la fusion, surinvestit son travail et ses collègues. La collusion possible entre Charlotte et les enfants peut être notée.
- *Psychodynamique :* relations d'objet œdipiennes mettant en relief, d'une part, l'exclusion potentielle au profit d'un tiers (le travail) et, d'autre part, la rivalité et la compétition. Activation possible de cette relation de compétition dans le transfert en cherchant à s'allier avec l'intervenant, en faisant mal paraître l'autre conjoint.
- *Centrée sur les émotions :* expression d'émotions secondaires, frustration et colère, recouvrant des sentiments primaires de solitude, de tristesse et d'abandon. Conflit entre des stratégies d'attachement préoccupé, chez madame, et évitante, chez monsieur.

La présence probable d'un patron d'interaction de type poursuite/retrait serait sans doute soulevée par les cliniciens de toutes ces approches.

B. Survol des motifs de consultation

Les travaux récents de Doss *et al*. (2004) font ressortir une variété de motifs invoqués pour justifier la demande de psychothérapie de couple. Ces résultats sont d'autant plus importants qu'ils émergent d'une analyse empirique complète menée auprès d'un vaste échantillon de couples en détresse. Ils apportent un éclairage complémentaire à celui des enquêtes menées auprès de spécialistes en psychothérapie de couple (Lamarre et Lussier, 2007 ; Whisman, Dixon et Johnson, 1997). Voici une liste des motifs les plus fréquemment rapportés. Le lecteur notera que les motifs traitent surtout de la passion, de l'intimité et moins de l'engagement. Puisque ces résultats convergent avec ceux obtenus au sein d'enquêtes auprès de cliniciens, nous serions portés à formuler l'hypothèse que les conjoints et les intervenants sont moins attentifs ou moins enclins à relever et à aborder ouvertement les indices d'instabilité au sein de la relation.

- Éloignement, manque d'amour, se sent seul, ne se confie plus.
- Communication : fréquence, qualité, résultat.
- Préoccupé par la séparation, désespoir, désir de prendre une décision.
- Désir d'améliorer une relation qui manque de piquant ou d'intimité.
- Disputes/colère, belligérance, mépris, escalades, insultes.
- Problèmes spécifiques : finances, belle-famille, transitions.
- Enfants : problèmes des enfants ou avec les enfants, effets de la relation sur les enfants, améliorer le sort des enfants.
- Sexualité insatisfaisante, affection physique réduite.
- La personne constate qu'elle aime encore son conjoint et elle veut sauver la « bonne partie » de la relation.
- Problèmes d'un conjoint : habitudes, humeurs, personnalité.
- Confiance, infidélité, jalousie, flirt.

C. Problèmes cliniques

L'analyse empirique et clinique des motifs de consultation fait ressortir différents problèmes techniques qu'il faut discuter.

Premièrement, tous les spécialistes notent la présence de fortes disparités sexuelles dans les motifs de consultation. Les observations spécifiques suivantes sont tirées de la recherche de Doss *et al*. (2004). Ainsi, les femmes rapportent un nombre de motifs plus élevé que les hommes. De plus, quand elles décrivent les raisons qui les poussent à consulter, en comparaison aux hommes, les femmes affichent plus d'émotions négatives et moins d'affects positifs et elles émettent plus d'attributions causales mettant en cause le partenaire. Enfin, les motifs invoqués par les femmes ne concordent que

faiblement avec ceux présentés par les hommes. En conséquence, l'intervenant prend un soin particulier pour examiner les motifs de consultation des hommes avec autant de rigueur qu'il en met pour spécifier ceux des femmes. Cette mesure rétablit l'équilibre systémique et contre les stratégies d'évitement de l'homme.

Deuxièmement, l'expérience clinique montre que divers motifs de consultation sont sous rapportés ou sont exposés sur un mode vague et indirect. Les risques homicidaires et les conduites suicidaires constituent des thèmes qui doivent faire l'objet d'une attention particulière dès la première rencontre d'évaluation. Les difficultés sexuelles font aussi partie des thématiques délicates (orientation sexuelle, sexualité atypique, désir hypoactif, aversion) mais elles peuvent aussi être abordées plus directement en entrevue individuelle.

Troisièmement, l'analyse de la diversité des motifs de consultation révèle que l'intervenant ne peut se centrer exclusivement sur la qualité de la communication. La démarche diagnostique fondée sur des données probantes tient compte de la multiplicité des sphères relationnelles et des processus dyadiques affectés. Par exemple, l'accent exclusif sur la communication – et donc sur les processus d'intimité – risque d'amener l'intervenant à négliger l'examen de la passion sexuelle et de l'engagement.

De façon générale, ce survol des motifs de consultation amène l'intervenant à déterminer, sur une base préliminaire, la nature des problèmes conjugaux et leur gravité. L'attention portée aux motifs non rapportés incite l'intervenant à départager si les conjoints sont conscients de leurs difficultés ou s'ils sont portés à cacher certaines informations. Cet examen sera complété lors de l'entrevue individuelle. C'est le travail clinique d'analyse des motifs de consultation qui permet d'identifier si les couples vivent une crise qui nécessite des aménagements particuliers de la phase diagnostique. Chez ces couples (p. ex. dans des cas de violence physique, d'inquiétudes à propos de la sécurité de l'enfant, de conduite infidèle ou de décision imminente sur l'avenir immédiat du couple), la gestion de la crise devient la priorité immédiate. Par la suite, si les séances se poursuivent, il est important que le clinicien complète son évaluation le plus tôt possible.

D. Les précipitants

L'examen des précipitants de la demande d'aide permet d'approfondir et de contextualiser la richesse des faits cliniques soulevés par l'analyse des motifs de consultation. Cette notion rallie l'ensemble des spécialistes en psychothérapie de couple et elle place à l'avant-plan les stresseurs qui engendrent la détresse conjugale ou qui l'accentuent. Ainsi, l'analyse des motifs de consultation amène éventuellement l'intervenant à interroger les conjoints sur les raisons spécifiques qui justifient la demande de consultation conjugale à ce stade-ci de leur vie conjugale plutôt qu'à tout autre moment. L'exploration de cette thématique soulève diverses difficultés.

- Souvent, les conjoints vont d'abord rapporter divers facteurs symptomatologiques sans pousser l'analyse : intensification de la détresse conjugale ou individuelle, discussion avec des proches, recommandations d'un paraprofessionnel ou d'un professionnel.
- Envahis par la détresse qu'ils éprouvent, les conjoints peuvent avoir de la difficulté à prendre le recul nécessaire pour faire une analyse équilibrée des différents événements stressants qu'ils ont vécus. Parfois, ces événements sont sortis de leur champ de conscience ou ils ne sont pas mis en relation avec la chute de l'intimité, de l'engagement ou de la passion.
- Chacun des partenaires peut aussi entretenir des réticences ou des peurs à remettre sur le tapis des situations qui ont créé de sérieuses mésententes relationnelles, une détresse individuelle intense et de forts sentiments de vulnérabilité (mort d'un parent, insécurité occupationnelle, trahison).

Malgré ces difficultés, l'identification des précipitants demeure importante parce qu'elle met en relief une série de causes potentielles qui serviront, avec d'autres éléments, à construire un réseau interprétatif des difficultés conjugales. L'intervenant peut prendre diverses mesures pour aider les conjoints à poursuivre leur réflexion.

- Soutien et empathie : « Ce n'est pas une question facile et de toute façon, si c'était tellement clair pour vous, peut-être que vous n'auriez pas besoin de mon aide » ou « Je comprends que je vous demande de rediscuter de situations où chacun a pu se sentir très blessé ou très fâché, mais ce travail va m'aider à mieux vous comprendre » ou « Commençons et si, en cours de route, ça devient trop difficile, nous arrêterons la discussion et nous y reviendrons plus tard ».
- Clarification : « J'aimerais que nous fassions une liste de tous les événements un peu hors de l'ordinaire qui se sont produits dans vos vies au cours des trois ou quatre dernières années. Soyez le plus complet possible et incluez même les situations qui ne vous semblent pas reliées à vos problèmes de couple. »
- Recours aux questionnaires : « Dans la batterie de questionnaires que je vais vous demander de compléter, il y a une liste d'incidents critiques qui ont pu se produire au cours des dernières années. Cette liste va nous aider à cerner les stress qui ont pu affecter votre situation. Nous discuterons de certains de ces incidents lors des entrevues individuelles. »

Règle générale, les événements biographiques perturbateurs se classent en deux groupes : 1) normatifs et développementaux : mariage, naissance d'un enfant, achat d'une maison, promotion, départ des enfants de la maison, transition vers le marché du travail ; 2) asynchrones et situationnels : perte d'emploi, déménagement imprévu et perte du réseau social, maladies ou décès d'un proche, infidélité. Bien que certains individus soient très résilients, plus le nombre de stresseurs s'élève, plus ces facteurs jouent un rôle causal important. La simple exposition aux stresseurs constitue un facteur

de risque important dans le développement d'un trouble mental ou d'un trouble conjugal. L'intervenant gagne toutefois à réfléchir avec les conjoints aux significations multiples de ces stresseurs. Cette réflexion peut être guidée par les modèles cognitifs-comportementaux, systémique, psychodynamique ou centrée sur les émotions ou par une intégration de ces divers points de vue. Le choix d'un mode de compréhension dépend des préférences théoriques du clinicien, mais aussi de la sensibilité particulière des conjoints. Par exemple, la naissance d'un enfant peut revêtir des sens distincts. Voici quelques exemples de ces diverses significations, analysées sous l'angle de plusieurs modèles théoriques.

- *Cognitif-comportemental :* cumul de rôles et apprentissage de nouvelles habiletés maternelles, paternelles et conjugales. Pressions accrues pour résoudre les problèmes d'équité dans le partage des tâches domestiques. Augmentation du nombre de décisions quotidiennes à prendre. Perte temporaire d'un certain type de renforcement sexuel. Accentuation du retrait de l'homme qui peut enclencher chez la femme des processus d'attribution du blâme à l'enfant : « C'est la faute de ma fille si mon conjoint s'est éloigné », ou des inquiétudes sur son apparence physique : « J'ai perdu ma taille et il n'est plus intéressé par moi. »
- *Systémique :* introduction d'un tiers au sein du couple et augmentation des risques de collusion et de triangulation, structure familiale plus différenciée, complexification des rapports de pouvoir. Impacts multigénérationnels de la naissance : les grands-parents souhaitaient un petit-fils plutôt qu'une petite-fille, les parents des deux conjoints se disputent pour déterminer qui sera le parrain ou la marraine, la sœur du mari qui ne peut avoir d'enfants augmente sa consommation d'alcool (Guerin, Fay, Burden et Gilbert-Kautto, 1987).
- *Psychodynamique :* réactivation des conflits œdipiens ; aux yeux de l'homme, la femme devient une mère et il est plus facile de lui attribuer plus ou moins consciemment les caractéristiques de sa propre mère, surtout si l'épouse possède des aptitudes maternelles développées. La fusion mère/enfant peut accentuer les sentiments d'exclusion de l'homme et créer une rivalité avec l'enfant.
- *Centrée sur les émotions :* nécessité de coordonner les systèmes d'attachement mère/enfant, père/enfant et père/mère. La naissance s'accompagne d'insécurité qui peut provoquer le recours aux stratégies d'attachement dysfonctionnelles : hyperactivation ou désactivation.

Évidemment, ces points de vue proviennent d'horizons conceptuels distincts, mais ils ne sont pas contradictoires. Ces modes d'appréhension de la signification des stresseurs se complètent parfois, et chaque clinicien fait sa propre intégration du matériel clinique à sa disposition. Dans tous les cas, la cohésion des conjoints face aux événements perturbateurs est un facteur pronostique d'importance majeure : les défis de la fertilité, de la poursuite des carrières respectives et du vieillissement ne sont que quelques-uns des éléments importants de la vie de couple qui nécessitent une étroite

coopération. Par ailleurs, il va sans dire que cette discussion des précipitants d'un épisode de détresse conjugale recoupe la portion de l'entrevue traitant de l'histoire récente de la relation.

5.3. La description de l'histoire générale de l'union et des aspects positifs de la relation

L'analyse des phases du développement de la relation conjugale est souvent très révélatrice. Elle permet au clinicien de développer diverses interprétations sur les origines de la détresse conjugale actuelle. Cet historique conduit à l'identification des événements marquants de la relation, des aspects positifs de l'union qui contrastent avec la détresse actuelle, des stratégies d'attachement et du degré d'engagement actuel manifesté pendant la séance. Il existe plusieurs grilles d'évaluation de l'histoire de la relation. Voici les questions les plus pertinentes.

A. La rencontre initiale et le choix du conjoint

Comment vous êtes-vous rencontrés initialement ? Qu'est-ce qui vous attirait chez l'autre au début de la relation ? Quelles étaient les circonstances positives et négatives pour chacun d'entre vous à ce moment ? Quand avez-vous décidé de vous engager et quelle forme a pris votre engagement (mariage ou union libre) ? Au départ, y avait-il une différence dans le niveau d'implication et d'engagement de chacun ?

L'examen des réponses à ces questions facilite le développement d'hypothèses cliniques qui expliqueront certaines des causes du trouble conjugal actuel. Ces hypothèses renseignent sur la qualité du processus de formation de l'union et surtout sur les défaillances du choix conjugal. Nous ne présentons ici que les modèles cognitif-comportemental et psychodynamique du choix conjugal puisque, à notre connaissance, les théoriciens des approches systémique et centrée sur les émotions s'intéressent peu à cette dimension.

- *Cognitif-comportemental :* le choix du conjoint se fonde sur le potentiel d'échange de renforcements au sein du couple. Ces renforcements peuvent provenir de la similitude des conjoints sur diverses caractéristiques (théorie de l'homogamie). Ainsi, la convergence sur le plan des attitudes, des valeurs et des intérêts augmente les chances d'avoir des conversations mais aussi des activités agréables et renforçantes (Jacobson et Christensen, 1996). Elle facilite aussi la prise de décisions communes. Le potentiel de renforcement au sein d'une relation dépend aussi des différences entre les conjoints (théorie de l'hétérogamie) ; complémentarité sur le plan de la sexualité, des rôles familiaux, des compétences techniques et psychologiques et ainsi de suite. Ces différences peuvent minimiser la compétition entre les conjoints et constituer autant de sources de renforcement (Jacobson et Christensen, 1996). Ici, l'examen de la qualité du choix du conjoint

porte sur le potentiel initial de renforcement des similitudes et des différences entre les conjoints : par exemple, sélection d'un conjoint peu renforçant parce que trop différent ou trop similaire.

- *Psychodynamique :* le choix du conjoint se fait en référence aux caractéristiques des parents et surtout à celles du parent de sexe opposé. Ce choix peut être positif : plus ou moins consciemment, une personne choisit un conjoint qui possède les traits psychologiques de son père ou de sa mère. À l'inverse, ce choix peut être négatif : la personne choisit un conjoint parce que les traits psychologiques de ce dernier sont très différents de ceux de son père ou de sa mère. Ces processus de choix sont complexes et parfois difficiles à repérer puisqu'ils impliquent un appariement des désirs conscients et inconscients de chaque individu.

Par exemple, Philippe rapporte qu'il est assuré de sa réussite financière, mais qu'il a une très faible estime de son apparence physique. Sa conjointe, Johanne, est fière de son apparence physique, mais elle doute de sa stabilité tant sur les plans occupationnel que relationnel. Elle craint aussi de n'attirer que des conjoints irresponsables. En conséquence, l'attraction que chacun éprouve pour l'autre est fonction de qualités et de traits qu'il ne se reconnaît pas. Philippe est séduit par la spontanéité et l'émotivité de Johanne tandis que cette dernière admire le sens des responsabilités et la solidité de Philippe. Vingt ans plus tard, la situation a changé. Johanne a donné naissance à deux enfants, les parents de chacun des conjoints sont malades et Philippe compose difficilement avec les vives fluctuations du marché boursier. Les facteurs d'attraction qui ont présidé au choix du conjoint sont maintenant source de tensions. Philippe devient « trop ennuyant et il contrôle les finances de façon autoritaire » alors que Johanne « a trop besoin de stimulation et elle est irresponsable sur le plan financier ».

B. Les relations amoureuses précédentes

En séance de couple, l'objectif n'est que de vérifier la présence de telles relations et leur impact sur l'union actuelle. Plus tard, en entrevue individuelle, cette thématique pourra être approfondie. Nous présentons tout de même ici le schéma d'entrevue utilisé pour que l'intervenant puisse établir les informations fournies spontanément et celles qu'il recueillera plus tard. « Quelle a été la nature et la durée de vos relations intimes significatives précédentes et quels sont les motifs qui expliquent la fin de ces relations ? » Chez les couples qui sont en famille recomposée : « Quelle est la nature des relations avec l'ex-conjoint sur les plans psychologique, financier et sexuel ? » Ici, l'intervenant recueille des informations pour déterminer la propension à répéter les mêmes erreurs d'une situation à l'autre.

- La similitude des processus de choix dans ces diverses relations. Est-ce que ce sont toujours les mêmes attributs qui suscitent l'attraction : choix de conjoints narcissiques et rejetants ou masochistes et soumis, hystériques et dépendants

ou obsessionnels et organisés ? Est-ce que le processus d'idéalisation change d'une fois à l'autre : caractère massif ou atténué, réaliste ou irréaliste, désidéalisation rapide ou absence d'idéalisation ?

- La qualité des choix de conjoint s'améliore-t-elle d'une relation à l'autre : choix de valeur comparable ou choix de valeur croissante ou décroissante ?
- Les sources et les zones de conflit et les impasses varient-elles au sein de ces diverses relations : peur de l'engagement, de l'intimité ou de la passion ?
- Est-ce que les compétences relationnelles s'améliorent d'une relation à l'autre ? Est-ce que la personne a tendance à tromper son conjoint dans toutes ses relations amoureuses ?

Ces informations sur les relations amoureuses précédentes sont souvent révélatrices. Ainsi, si une personne a eu de multiples relations intenses, mais de courte durée en prenant l'initiative de la rupture à chaque fois, elle démontre une bonne capacité à attirer de nouveaux partenaires (Pinsof, 2002). Par contre, l'incapacité de s'engager au sein de relations durables provoque chez l'autre une insécurité profonde. Cette insécurité n'est pas nécessairement à mettre automatiquement sur le compte d'un système d'attachement préoccupé chez le partenaire. De même, chez la personne qui éprouve beaucoup de difficultés à se lier à d'autres partenaires, plusieurs enjeux cliniques sont soulevés (Pinsof, 2002) : « Est-ce que ce type de partenaire possède les compétences psychologiques et relationnelles pour initier et maintenir une relation de couple durable ? » Enfin, le conjoint qui porte les blessures et le chagrin d'une relation précédente mal terminée peut devenir, dans une nouvelle union, très méfiant au premier signe de détresse relationnelle. En retour, son partenaire peut interpréter cette méfiance comme une séquelle de la relation précédente et non comme une conséquence directe de son comportement.

C. Les signes initiaux de détresse en début de relation et les premières disputes

Quels ont été les premiers signes de détresse conjugale en début de relation ? Ces signaux se sont-ils d'abord manifestés sur les plans de l'intimité, de la passion ou de l'engagement ? Qui a été le premier à soulever ces difficultés et de quelle manière a-t-il procédé ? Quelles solutions ont été appliquées pour remédier aux problèmes : étaient-elles bilatérales et démocratiques ou unilatérales ? Quel a été le degré d'efficacité de ces solutions ? Est-ce que l'un sacrifiait systématiquement ses besoins et ses désirs pour plaire à l'autre ?

D. Aspects positifs de la relation actuelle

À cette étape, l'intervenant vise deux objectifs : 1) connaître les forces de chacun des individus et du couple afin de mieux cerner la gravité des problèmes et la nature de la motivation dont disposeront les conjoints pour soutenir un éventuel travail thérapeutique

(phénomènes d'impuissance et de résignation) ; 2) préparer la fin de la première entrevue d'évaluation en essayant de terminer sur une note positive. Voici quelques exemples de questions à utiliser. Quels sont les aspects les plus agréables de votre relation présentement : les qualités et les comportements de l'autre que vous appréciez le plus ? Quels autres aspects positifs (ou expériences très positives vécues) se sont ajoutés en cours de relation ? Quels événements majeurs positifs ont eu un impact sur la vie de couple ?

En définitive, les événements saillants de l'histoire du couple, la capacité de gérer de façon égalitaire les transitions, les sources initiales d'engagement, les fluctuations inévitables de la passion et les rapports de chacun avec les familles respectives sont des facteurs développementaux très révélateurs.

5.4. La présentation facultative d'un résumé de la problématique et de pistes de réflexion

L'analyse de l'histoire de la relation amoureuse se termine par un examen attentif des aspects positifs actuels et passés de l'union. D'un point de vue stratégique, ce compte rendu crée un climat affectif positif et remet les conjoints en contact avec des souvenirs agréables tout en les sensibilisant à la nécessité de garder en tête les points forts du partenaire et de la relation. Cette technique accentue l'espoir des conjoints face à l'avenir de la relation. À ce stade-ci, souvent, il vaut mieux conclure. L'intervenant remet la batterie de questionnaires à compléter et à ramener à la prochaine séance. Il précise les consignes à respecter : compléter les instruments de mesure sans se consulter et répondre à toutes les questions au meilleur de leur connaissance. Cette tâche thérapeutique procure une précieuse source de données cliniques indépendantes. De plus, elle agit comme un procédé d'activation comportementale en réduisant les sentiments d'impuissance et en facilitant l'implication des conjoints.

Par ailleurs, certains couples ont besoin d'un encadrement affectif et cognitif plus serré en fin de séance. La présentation d'un bref résumé et de pistes de réflexion peut s'avérer un antidote puissant aux comportements impulsifs qui se manifestent parfois entre les séances d'évaluation : intensification des disputes, rejet en bloc du processus d'évaluation et de l'intervenant, décision précipitée de séparation. Évidemment, le jeune professionnel en situation d'apprentissage doit être prudent et, plus souvent qu'autrement, s'abstenir d'aller plus loin. Sa capacité de détecter des patrons d'interaction dysfonctionnels est limitée et il ne possède pas toujours le recul nécessaire pour soutenir la réflexion des conjoints. L'intervenant, s'il juge que la séance a été éprouvante pour les conjoints, peut réserver quelques minutes à la fin de l'entrevue pour examiner les réactions de chacun et ainsi montrer qu'il saisit bien la nature et l'ampleur des affects suscités au cours de l'entretien.

5.5. Les recommandations techniques en vue de structurer l'entrevue d'évaluation conjointe

Les cliniciens qui débutent en psychothérapie de couple, mais qui connaissent bien l'intervention individuelle, éprouvent parfois de sérieux problèmes de gestion des séances conjointes : intensité des réactions émotionnelles, maintien difficile de la neutralité, ambivalence d'un des conjoints, rupture précoce de l'alliance, escalade rapide de la coercition verbale. Voici une série de recommandations techniques pour simplifier le travail de l'intervenant. Ces stratégies s'appliquent aussi bien en période d'évaluation que lors du traitement. Nous les présentons ici parce qu'elles sont particulièrement utiles lors de la première entrevue d'évaluation.

A. Rassurer les conjoints anxieux ou réticents

Pour certains conjoints, la séance initiale d'évaluation constitue un premier contact avec un professionnel de la santé mentale. La trajectoire des événements qui précèdent cette rencontre est parsemée de nombreux stresseurs, déceptions et conflits. Plusieurs hommes ne viennent pas de plein gré à cet entretien ou ils se présentent en faisant preuve de mauvaise volonté (Jacobson et Christensen, 1996 ; Lafontaine et ses collègues, dans le présent volume). Ils répugnent à reconnaître leur impuissance. Cet aveu d'impuissance constitue bien souvent une attaque à leur masculinité, à leur sens d'autonomie, et il met en relief leurs peurs de la dépendance, de l'intimité ou de l'engagement. Ceux-ci appréhendent le blâme et craignent la collusion systémique potentielle entre le thérapeute et leur conjointe. En conséquence, ils doutent des bienfaits d'une rencontre conjointe. Lorsque plusieurs éléments confirment ces inférences cliniques (commentaires lors du premier contact téléphonique, attitudes verbales et non verbales en début de séance), l'intervenant dispose de plusieurs options.

- Gestion de l'alliance : l'intervenant s'adresse assez tôt à celui à qui il n'a pas parlé au téléphone et au besoin, il répète les renseignements fournis à l'autre conjoint : « Que savez-vous de ce que nous allons faire ensemble aujourd'hui ? »
- Réassurance : « C'est normal de ne pas sentir très à l'aise au début de notre première rencontre, ni d'être très optimiste à l'effet quelle puisse avoir des résultats bénéfiques. »
- Préciser la nature provisoire du mandat d'évaluation : « Je vous rappelle qu'on s'est entendu seulement pour procéder à une évaluation et qu'après, chacun est libre de prendre sa décision quant à la poursuite du travail. »
- Valoriser les rôles sexuels masculins et féminins : « Vous savez, chacun a ses stratégies de gestion du stress et souvent les stratégies féminines d'expression des émotions sont efficaces dans certaines situations alors que dans d'autres situations, les stratégies masculines centrées sur la résolution de problème donnent de bons résultats. »

B. Définir et clarifier les rôles et les mandats

Nous avons présenté plus tôt un protocole de présentation des objectifs, de la structure et des rôles de chacun lors des rencontres diagnostiques. Les problèmes de gestion des entretiens conjoints et, plus spécifiquement, les réactions émotionnelles intenses, sont généralement liés à quatre types d'erreurs : 1) l'intervenant ne communique pas suffisamment tôt ces informations ; 2) il oublie de présenter certains éléments cruciaux du protocole ; 3) il n'est pas convaincu lui-même de la valeur de ces procédés ; 4) il procède trop rapidement, sans prendre le temps, à chacune des étapes, de susciter et d'explorer les réactions des conjoints à chacune des composantes de l'entente ; en surface, les conjoints acquiescent à tout ce que l'intervenant dit, mais ils n'expriment pas leurs réticences. En règle générale, les questions de neutralité et de mandat soulèvent les réactions les plus fortes.

- Neutralité : « Il est important que vous compreniez que je vais tenter d'écouter chacun d'entre vous et que je ne privilégierai pas une seule vision. Je vais plutôt donner une place égale à vos deux visions des problèmes et des solutions. »
- Mandat : Dès que le clinicien doute de l'engagement d'un des conjoints ou aux premiers indices de risque de dissolution d'union, il peut exposer plus précisément les différents mandats d'intervention : « Je ne suis pas ici pour décider de l'avenir de votre couple. Suite à l'évaluation, certains couples décident de tenter d'améliorer leur relation. Pour d'autres couples, il est préférable, quand les conjoints ne sont pas sûrs de vouloir poursuivre la relation, d'entreprendre des séances de gestion de l'ambivalence afin de les aider à prendre une décision. Enfin, certains couples décident que la meilleure option est une séparation et veulent de l'aide pour préparer la fin de la relation. Nos séances d'évaluation tenteront d'établir quelles sont les priorités de chacun d'entre vous. Normalement, lors de notre quatrième rencontre, nous ferons un bilan et nous discuterons de celle qui vous convient le mieux. »

C. Poser des questions claires et peu compromettantes

Puisque, lors de l'évaluation, plusieurs thématiques, parfois complexes, doivent être explorées en examinant la perspective de chacun, le recours aux questions spécifiques où le gradient d'intensité émotionnelle est faible, doit être encouragé. De même, les reformulations qui reprennent le propos des conjoints en le détoxifiant (c'est-à-dire en éliminant le blâme et les insultes), sont utiles. Toutefois, le clinicien veille à ce que ses efforts de compréhension de l'expérience d'un conjoint ne soient pas interprétés par l'autre comme une prise de position en sa défaveur ou comme une trahison. Ces stratégies permettent de construire et de maintenir une alliance avec chaque conjoint. Voici un exemple de dialogue où ce type d'intervention est employé :

Vignette clinique – Claire et Donald

Donald : Je me sens furieux et trahi quand Claire ne me soutient pas dans mon approche disciplinaire avec les enfants. Vous êtes sûrement de mon avis : une femme doit jouer sur la même équipe que son mari quand les enfants ne sont pas obéissants !

Clinicien : Donald, je suis content que vous me disiez ce que vous ressentez dans ces situations qui sont sûrement parmi les plus déchirantes pour vous, Claire et les enfants. Si je comprends bien, la situation commence par un enfant qui ne respecte pas un des vos souhaits. Vous commencez à intervenir auprès de l'enfant et à un moment, Claire vous demande d'arrêter ou de considérer d'autres solutions. À ce moment, vous ressentez de la colère, mais aussi d'autres émotions. Pouvez-vous préciser quelles sont ces autres émotions ?

Donald : Je ne suis pas fier de le dire, mais souvent quand elle m'arrête, je me sens coupable, parce que je parle trop fort aux enfants et j'ai l'air trop menaçant. Mais quand elle me coupe, je réplique. Ensuite nous nous accusons mutuellement et nous nous disputons devant les enfants. Je me sens désolé pour elle parce que vous savez qu'elle a des problèmes de santé et elle est très fatiguée. Je suis aussi désolé pour les enfants qui sont confus et stressés, mais qui profitent de la situation pour faire ce qu'ils veulent.

Clinicien : Alors au début vous ressentez de la colère, puis vous vous sentez coupable, ensuite, vous êtes inquiet pour Claire et les enfants.

D. Valider les émotions et démontrer sa compréhension

La validation des émotions exprimées aide à centrer chacun des conjoints sur sa contribution à l'interaction. Elle désamorce les comportements de justification, de blâme et de critique. Voici un exemple de résumé non compromettant qui traite des réactions de solitude et de désespoir observées chez Claire, la conjointe de Donald.

Vignette clinique – Claire et Donald

Claire : Quand il commence à discipliner les enfants, je suis souvent soulagée. Je suis seule une bonne partie de la journée et je perds parfois patience ou je manque d'énergie. Cependant, quand il monte le ton ou discute trop avec Émilie, il va souvent trop loin et je deviens fâchée contre lui et protectrice envers les enfants. Après coup, je me sens mal à l'aise face à lui parce que les enfants lui en veulent. Il

ne mérite pas ça, parce qu'il est bien intentionné, mais je ne sais pas si nos approches parentales sont réconciliables. À ces moments, je pense parfois qu'il serait préférable que j'élève les enfants seule.

Clinicien : Claire, vous semblez décrire une réaction en chaîne d'émotions. Au début, vous ressentez du soulagement parce que Donald prend la relève parentale, surtout depuis que vous avez des difficultés avec votre santé, mais ensuite vous êtes inquiète pour les enfants et fâchée envers Donald parce qu'il va trop loin. Enfin, vous êtes empathique face au rejet que Donald peut vivre, mais vous devenez pessimiste et doutez que vous puissiez être en mesure de collaborer ensemble. Est-ce que j'ai bien compris l'essence de votre message ?

Claire : Vous avez bien compris. Est-ce normal que je sois si bouleversée ?

Clinicien : Je trouve que vos émotions témoignent de votre fort désir de vivre des moments de qualité en famille. C'est normal de vous sentir seule quand vous n'atteignez pas cet objectif. En plus, cela fait maintenant deux ans que les tensions persistent entre Donald et vous, et vos interactions sont souvent aliénantes. Je peux comprendre que vous perdiez espoir que la situation s'améliore [validation]. Est-ce que je saisis bien ce que vous ressentez ? [vérification]

Claire : Oui, vous êtes la première personne qui confirme jusqu'à quel point je suis déchirée intérieurement par ces bouleversements émotifs. Quatre fois sur cinq, quand j'arrive chez mes parents avec les enfants, ils me critiquent. Mon fils le plus vieux me dit qu'il ne faut pas laisser papa tout seul et vous savez déjà ce que Donald pense de tout cela.

En dépit de la pertinence des stratégies de validation, le clinicien garde à l'esprit que les attentes initiales implicites des conjoints ne sont pas réalistes (p. ex., Claire dit : « Faites-le changer, sinon, montrez-moi comment accepter de le quitter sans l'anéantir lui et en protégeant les enfants. » Donald demande : « Redonnez-moi la femme que j'avais il y a trois ans et, du même coup, sauvez ma famille. »).

E. Arrêter rapidement tout processus d'escalade négatif en demandant à chaque conjoint de s'adresser au clinicien

Les stratégies de gestion des escalades seront exposées à plusieurs reprises dans le présent ouvrage (chapitres 4 et 9). Cependant, il faut que l'intervenant prenne l'initiative de gérer les escalades dès les premiers entretiens :

Vignette clinique – Claire et Donald

Clinicien : Ce que je comprends, c'est que votre famille est dans une situation de crise. Je crois qu'il est important de mettre toute autre question de côté aujourd'hui pour nous consacrer entièrement à définir quelle est la nature de la crise et quelle serait la meilleure façon de la gérer.

Donald : [en élevant la voix] Elle a donné sa version de ce qui arrive avec les enfants. Il faut que je donne la mienne, que je réponde à ses accusations non fondées. Elle fait exprès pour donner une mauvaise image de moi devant le psychologue. Je pense vraiment que je ne suis pas à ma place ici, moi.

Clinicien : Je comprends que chacun aimerait répliquer à ce que l'autre a dit en espérant que je saisisse les deux côtés de la médaille. Vous pouvez être certains que je ne suis pas en train de juger l'un ou l'autre et que je ne saute pas directement aux conclusions. Une des facettes de votre dynamique lors de cette crise est d'échanger des accusations et de vous défendre mutuellement au lieu de chercher des solutions à court terme. Je comprends que vous êtes tous les deux blessés, stressés et que vous vous sentez abandonnés et critiqués par l'autre. Je suis certain que lorsque je connaîtrai votre histoire à tous les deux, je serai en mesure de comprendre les causes de ce type d'échanges blessants. Toutefois, pour le moment, je vous demande à chacun de n'adresser la parole qu'à moi et non à votre conjoint.

F. Répartir équitablement le temps de parole entre les conjoints et favoriser la création d'une alliance avec les conjoints

Chez les couples en détresse ou lorsqu'un conjoint est dominant et l'autre, plus passif ou dépressif, il faut gérer le temps de parole de chacun et faciliter la création d'une alliance avec les deux partenaires.

Vignette clinique – Charlotte et Henri

Clinicien : Henri, cela m'aide beaucoup d'avoir votre vision des événements importants de la dernière année. Maintenant, j'aimerais connaître la vision de Charlotte à propos des événements qui se déroulés durant cette même période de temps.

Henri : Mais il y a un événement que je n'ai pas décrit.

Clinicien : Henri, j'apprécie l'énergie que vous investissez dans les séances. Évidemment, il faut une implication de vous deux. Je crois qu'il est important que vous ayez tous les deux une chance égale de donner votre opinion et que vous ne sentiez pas qu'il y a un partenaire plus favorisé que l'autre. Est-ce que vous allez vous sentir heurté si je demande à ce moment-ci à Charlotte de nous présenter sa vision ? Je reviendrai à vous par la suite.

6. LES RENCONTRES INDIVIDUELLES

6.1. Les objectifs de la séance individuelle

Les séances individuelles avec chacun des conjoints visent simultanément plusieurs objectifs.

A. Renforcer l'alliance avec chacun des individus

La première séance d'évaluation en couple provoque invariablement des micro-ruptures dans la relation avec les individus. L'application des recommandations techniques énoncées plus haut – clarification, validation et équilibre du temps de parole – n'est pas une panacée et des tensions se créent non seulement entre les conjoints mais aussi avec l'intervenant. L'équilibre du temps de parole n'est jamais complet, le processus de clarification est confrontant et la validation du point de vue de l'un engendre des réactions d'indignation, de culpabilité, de rivalité ou d'envie chez le conjoint. La capacité de réguler ces affects négatifs intenses varie d'un individu à l'autre. Dans ce contexte, l'entrevue individuelle procure l'opportunité de traiter les tensions résiduelles, de mieux comprendre la sensibilité personnelle et de jauger la tolérance des conjoints.

B. Approfondir l'histoire de développement de chaque conjoint

La consultation des écrits théoriques et empiriques montre maintenant que diverses variables historiques occupent une place importante dans la construction du réseau d'explication des troubles conjugaux. Le contexte de développement des stratégies d'attachement, des loyautés transgénérationnelles, des conflits intrapsychiques, du répertoire comportemental, de la sexualité et des schémas cognitifs constitue autant d'angles conceptuels distincts invoqués pour rendre compte de la psychopathologie de la passion, de l'intimité et de l'engagement.

C. Poursuivre l'analyse du fonctionnement psychosocial

Cette analyse du fonctionnement psychosocial – perception de la relation amoureuse actuelle et des relations passées, problèmes de santé physique et mentale (et les traitements associés), conciliation travail/famille – fournit l'occasion d'examiner à nouveau la violence verbale et physique de même que le risque suicidaire. Elle mène aussi à un diagnostic plus précis des problèmes d'engagement, d'intimité et de passion : désir non avoué de rompre l'union, fantaisies sexuelles et comportements atypiques ou conduites infidèles et secrets familiaux divers.

6.2. La méthodologie de la séance individuelle

L'atteinte de ces objectifs s'appuie sur une méthodologie similaire à celle employée pour guider le premier entretien conjugal. L'intervenant présente d'abord les objectifs de la rencontre individuelle : « J'aimerais obtenir plus de renseignements sur vous comme personne : comment vous vous êtes développé comme enfant, comme adolescent, votre relation avec les membres de votre famille, comment s'entendaient vos parents, les événements agréables et difficiles que vous avez vécus, comment votre personnalité et votre sexualité se sont développées. J'aimerais aussi revenir avec vous sur divers aspects de votre vie de couple actuelle et sur vos relations passées. J'aimerais aussi que nous parlions de votre santé et de votre travail. Comme vous le voyez, j'ai plusieurs points à l'ordre du jour. De votre côté, y a-t-il des choses dont vous voudriez qu'on discute, des objectifs ou des attentes particulières vis-à-vis cette rencontre ? »

Après cette consigne générale et après avoir négocié une entente avec l'individu, l'intervenant précise les règles de respect de la confidentialité qu'il entend appliquer : « Je tiens à vous informer que tout ce que vous allez me dire aujourd'hui, à moins que vous me précisiez que vous voulez que ça reste entre nous, je tiens pour acquis que je peux l'utiliser dans les rencontres de couple ultérieures. » Cette procédure est appliquée dans le respect des normes déontologiques. Son application entraîne parfois la divulgation de secrets familiaux : liaisons extraconjugales, troubles de l'identité sexuelle, relations incestueuses à l'enfance. Plusieurs intervenants ne rencontrent pas chaque conjoint individuellement afin d'éviter ces confidences. Dans cette optique, tout est dit devant le conjoint. Si certaines informations pertinentes sont dissimulées, la responsabilité en incombe au conjoint qui les possède. Nous discuterons plus loin de la gestion clinique des secrets. Voici une courte liste des domaines abordés lors de l'entretien individuel et des questions posées.

A. L'enfance et l'adolescence

Après avoir discuté de la composition de la famille d'origine (nombre, âge, sexe et rang des enfants), l'intervenant peut poser diverses questions : « Quel genre d'enfant étiez-vous ? Quels sont vos plus beaux souvenirs ? Vos plus mauvais souvenirs ? Comment s'est passée l'entrée à l'école ? Quel souvenir avez-vous de la relation avec chacun de

vos parents ? Comment ces relations ont-elles évolué dans le temps ? Comment vous entendiez-vous avec vous frères et sœurs ? Comment décririez-vous la relation entre vos parents ? Comment cette relation a-t-elle évolué dans le temps ? Comment décririez-vous votre père, votre mère ? Comment s'est passée l'entrée au secondaire ? Aviez-vous des amis ? Comment réussissiez-vous ? » L'intervenant d'orientation systémique peut s'appuyer sur la technique du génogramme pour reconstruire l'histoire familiale (Guerin *et al.*, 1987).

B. La sexualité

Quels sont ses premiers souvenirs sexuels ? Comment s'est passée la première relation sexuelle ? Quelles ont été ses plus mauvaises expériences sur le plan sexuel ? Comment décrirait-il ses relations sexuelles actuelles : préférences sexuelles, fantaisies réalisées ou non réalisées, perceptions du conjoint ?

C. Les relations amoureuses passées

Les principaux thèmes à investiguer ont été présentés dans la section sur le premier entretien conjugal.

D. Le travail

Comment en est-il arrivé à déterminer son orientation professionnelle ? Qu'aime-t-il de son travail actuel ? Qu'est-ce qu'il n'aime pas de son travail actuel ? Comment sa vie familiale et sa vie au travail s'influencent-elles ? Quel est son horaire typique ? L'intervenant examine s'il y a surinvestissement du travail, si les trajectoires occupationnelles sont stables, si la carrière de l'individu progresse normalement ou si son parcours professionnel est en dents de scie.

E. La santé physique et mentale

Comment décrirait-il sa santé ? Comment s'occupe-t-il de sa santé ? Prend-il des médicaments ? Prend-il des drogues ou de l'alcool pour augmenter ses affects positifs ou pour contrôler ses affects négatifs ? Quelles sont ses principales difficultés et défis personnels ? A-t-il déjà reçu de l'aide d'un professionnel ? Dans l'affirmative, de qui, pour quels symptômes et avec quels résultats ? A-t-il déjà eu des idées ou des comportements suicidaires ? A-t-il déjà eu des démêlés avec la justice ou posé des gestes qui auraient pu lui attirer des ennuis (impulsivité, fraude, larcins) ? Ces questions aident l'intervenant à mieux circonscrire les obstacles qui se poseront lors d'un éventuel traitement en couple. Plus l'individu manifeste des symptômes sérieux, plus l'intervenant s'appuiera sur des protocoles d'évaluation spécialisés. Ces procédés spécifiques, qu'ils portent sur l'anxiété, la dépression ou l'abus de substances psychoactives, sont traités plus en détail dans plusieurs chapitres du présent ouvrage.

F. La perception du partenaire actuel

Quels sont les forces et les faiblesses du partenaire, ses bons et ses mauvais côtés ? Vous sentez-vous en amour avec elle ? À quoi ressemblerait le partenaire idéal ? Dans quelle mesure le partenaire actuel correspond-il à cette description du partenaire idéal ? Y a-t-il quelqu'un dans l'environnement immédiat qui ressemble à ce partenaire idéal ? Entretient-il des fantaisies romantiques par rapport à une autre personne de son entourage ? A-t-il déjà pensé avoir ou a-t-il déjà eu une liaison extraconjugale ?

La majorité des conjoints qui vivent des conflits de couple graves considèrent ou ont déjà considéré la séparation comme un moyen de résoudre leur souffrance. À l'opposé, il y a certains types de couple qui souffrent énormément et qui ne considèrent pas ou n'ont jamais envisagé la séparation. Il est possible d'explorer cette thématique à partir de questions, telles que : « Dernièrement, avez-vous pensé à la séparation ? Si oui, de quelle façon l'avez-vous envisagée ? Est-ce que vous êtes actuellement séparés ? Si oui, depuis quand, comment et pour combien de temps ? Selon vous, quels seraient les avantages et les inconvénients d'une séparation ? Est-ce que vous avez déjà pensé à vous séparer ou est-ce que vous vous êtes déjà séparés dans le passé ? » Selon les motifs énoncés pour justifier la pertinence d'une séparation (se venger, éviter la violence physique, poursuivre une relation avec une autre, etc.), il est possible de recourir aux *congés conjugaux* ou à des séparations planifiées comme outils de gestion des tensions au sein du couple. Quand l'un des conjoints ou les deux veulent accomplir une séparation complète, les mandats et les méthodes d'intervention, décrites par Côté dans un chapitre subséquent, s'appliquent. Il est important de se rappeler que le clinicien ne doit pas projeter ses propres schémas de valeur sur les conjoints.

L'entrevue individuelle constitue une occasion d'approfondir la présence de comportements coercitifs et de violence physique et sexuelle. À ce stade-ci, l'intervenant dispose déjà d'hypothèses cliniques élaborées au cours de la première séance de couple. Toutefois, des contre-vérifications s'imposent. L'intervenant explore d'abord la perception des disputes les plus graves et il pose des questions directes : « Lors de ces disputes, vous arrive-t-il de perdre le contrôle de vos émotions ? Et votre conjoint ? Comment cela se manifeste-t-il ? Si j'étais dans la pièce avec vous, qu'est-ce que je verrais ? Quels sont les pires gestes que vous avez posés ? Quels sont les pires gestes que votre conjoint a posés ? » Plus la personne hésite à répondre, plus l'intervenant encadre étroitement cette portion de l'évaluation : « Vous est-il arrivé de serrer les bras de votre conjoint ou qu'il vous le fasse ? Vous arrive-t-il de lancer des objets dans sa direction, de frapper les murs ou de briser des objets ? Est-ce que votre conjoint pose de tels gestes ? » Si la personne ne semble pas poser des tels actes mais que l'intervenant veut pousser l'évaluation, il peut examiner les fantaisies de violence : « Vous arrive-t-il de vous imaginer ou de penser que vous pourriez faire du mal à votre conjoint ou qu'il vous en fasse ? Est-ce que vous faites des rêves ou des cauchemars dans lesquels il y a de la violence entre vous deux ? »

Dès que les risques de violence apparaissent tangibles, nous recourons à un protocole diagnostique détaillé, présenté au chapitre rédigé par Lussier et ses collaborateurs dans le présent ouvrage.

G. L'évaluation de l'intégration de l'identité

Pourriez-vous vous décrire tel que vous êtes pour que j'aie une idée vraiment vivante de ce qui vous caractérise comme personne ? Pourriez-vous décrire votre partenaire actuel, que je connais peu, pour que je me fasse une idée vraiment concrète de ce qui la différencie de toutes les autres personnes ? L'intervenant est à l'affût des descriptions pauvres ou chaotiques (Clarkin, Yeomans et Kernberg, 2006) : « Je suis un bon gars, j'aime avoir du plaisir » ou « Je suis un type très calme mais je suis aussi parfois très impulsif » ou encore « Ma conjointe a un cœur en or. Elle a de belles qualités ». Si même en sous-questionnant l'individu, les réponses demeurent laconiques, centrées uniquement sur quelques qualités vagues ou contradictoires, l'intervenant peut poursuivre l'évaluation d'une possible diffusion de l'identité (Clarkin *et al.*, 2006).

- Avez-vous vraiment l'impression que j'ai maintenant une idée claire de ce qui fait que vous êtes différent de toutes les personnes autour de vous quand vous me dites que vous êtes un bon gars et que vous aimez avoir du plaisir ?
- J'ai l'impression que la question est difficile pour vous, que vous n'arrivez pas à y répondre comme vous le voudriez. Avez-vous parfois le sentiment de ne pas vous connaître vraiment ?
- Quand je vous demande de vous décrire, vous me dites que vous êtes à la fois calme et impulsif. Votre réponse me laisse perplexe. Je ne comprends pas comment vous pouvez être à la fois calme et impulsif. Pouvez-vous comprendre que je sois perplexe ?
- Vous me dites que votre conjointe a un cœur d'or et de belles qualités ainsi que de beaux yeux, avez-vous l'impression que vous me faites un portrait complet d'elle ?

H. Analyse comparative des perceptions des parents, de soi et du conjoint

À ce stade-ci de l'entrevue, l'intervenant dispose d'informations lui permettant de comparer les diverses perceptions et de tracer un parallèle, si cela est conforme à ses options théoriques, entre les perceptions du couple parental et les perceptions du couple actuel. Parfois, l'individu, sans s'en rendre compte, utilise des termes quasi semblables pour décrire son conjoint et l'un de ses parents. Cette juxtaposition fait parfois ressortir une représentation dominante de la relation qui s'avère pathologique (Clarkin *et al.*, 2006). Ainsi, une femme décrit son mari de la façon suivante :

Vignette clinique

Mon mari est intimidant et contrôlant. Il est distant et il ne change pas d'avis facilement. À la maison, il n'est pas vraiment là pour moi. Je dois m'occuper de tout. Au travail, il est un chef et il est très sollicité pour prendre des responsabilités importantes, mais dès qu'on a un coup dur à la maison, il s'écrase comme un petit enfant et il devient découragé. Moi, je suis courageuse, énergique et déterminée, mais je suis aussi très rêveuse et j'aime la musique. Je suis toujours fâchée après mon mari mais je ne le lui montre pas.

Quelques minutes plus tôt, elle avait dit ce qui suit de ses parents.

Vignette clinique

Ma mère était très courageuse et déterminée, mais avec mon père, elle était vraiment explosive et autoritaire. J'avais une bonne relation avec elle mais j'avais de la difficulté à lui demander de l'affection parce qu'elle était très négative avec mon père, je lui en voulais. Mon père était un artiste talentueux au cœur tendre. Je l'ai vu s'épuiser au travail mais en situation de stress, il s'effondrait et il devenait très vulnérable, c'est ma mère qui s'occupait de tout.

Sans entrer dans les détails, le mari rapportait que son père était un homme productif et autoritaire au travail mais qu'à la maison, il était toujours épuisé, donc non disponible. Sa mère était très explosive et constamment enragée après son mari qui ruinait sa santé au travail et qui la laissait tomber affectivement. La comparaison de ces perceptions montre des éléments communs : selon madame, le mari et le père semblent très vulnérables en situation de stress tandis qu'elle est, comme sa mère, énergique et déterminée sans toutefois être explosive, même si elle reconnaît être souvent fâchée. La description que le mari fait du couple parental ressemble étrangement à la description que sa femme fait de la relation entre ses parents : deux femmes constamment sur le dos de leur mari qui n'était pas disponible affectivement à la maison. Ces parallèles peuvent être approfondis et communiqués aux conjoints lors du bilan afin d'illustrer la continuité des stratégies d'attachement d'une génération à l'autre, d'éclairer certains des facteurs qui ont présidé au choix du conjoint et de mieux comprendre les sources multiples des conflits actuels. Madame a choisi un conjoint qui, sous certains aspects, ressemble à son père ; monsieur a choisi une conjointe qui, sous certains aspects, se comporte comme sa mère. La démonstration de cette convergence explique partiellement l'intensité des affects négatifs éprouvés face aux tensions conjugales. Chacun est d'autant plus troublé que la détresse observée au sein du couple parental se superpose à celle vécue dans le couple actuel.

I. Gestion des secrets

Nous croyons que la présence de secrets diminue significativement la validité du diagnostic et d'un éventuel plan de traitement. La rétention d'informations conduit à diverses impasses thérapeutiques : abandon prématuré, efficacité limitée, rechute. Ainsi, lorsqu'un conjoint dévoile une aventure extraconjugale récente ou actuelle, à moins de risques de violence physique, il est d'abord amené à en explorer les conséquences sur les mésententes conjugales. Puis deux options s'offrent à lui. Premièrement, il choisit de discuter ouvertement de la situation lors d'une séance de couple. Si nécessaire, l'évaluation se transforme en intervention de crise. Deuxièmement, si la personne décide qu'il est préférable de continuer à dissimuler cette liaison, l'intervenant l'informe que la période diagnostique peut se poursuivre, mais que ses recommandations finales ne pourront inclure la psychothérapie en couple. Il indiquera lors de la séance de rétroaction qu'à son avis, la motivation d'un des partenaires n'est pas assez forte pour entreprendre un traitement conjoint. Il orientera plutôt les conjoints, s'ils le désirent, vers la psychothérapie individuelle. Ce mode de gestion des conduites infidèles actuelles ou récentes soulève diverses réactions émotives. Toutefois, il est préférable de reconnaître l'impasse et de se positionner clairement pour plusieurs raisons.

- Sur le plan de l'alliance, la dissimulation d'une liaison récente ou actuelle résulte en une collusion nuisible avec le conjoint qui cache son infidélité. Du même coup, l'alliance avec l'autre conjoint s'affaiblit considérablement, ce qui accentue le déséquilibre systémique.
- Sur le plan contractuel, l'acceptation d'un tel secret va directement à l'encontre du principe d'une présence psychologique la plus complète possible. La non-divulgation de ce secret constitue une forme extrême d'autocensure qui n'est pas compatible avec la bonne marche de la période diagnostique.
- Sur le plan de la santé mentale, la personne trompée souffre beaucoup lors du dévoilement d'une infidélité (Cano et O'Leary, 2000). Toutefois, si elle est maintenue dans l'ignorance, l'expérience enseigne que cette personne subit aussi des torts considérables. Plusieurs conjoints trompés entretiennent des doutes, se sentent anxieux ou déprimés, consomment alcool et médicaments sans trop comprendre ce qui arrive. Chez certaines personnes qui ont des conduites infidèles, le secret engendre aussi des conséquences négatives : culpabilité, honte, peur d'être découvert, risque suicidaire et ainsi de suite. Chez d'autres qui n'éprouvent pas de tels sentiments, l'inaction de l'intervenant est perçue comme un encouragement à la duplicité, à la manipulation et au mépris.
- Sur le plan de l'efficacité de l'intervention, nous avons déjà dit que ce type de secret nuit aux résultats thérapeutiques. Ceci est d'autant plus important qu'il existe maintenant des données probantes montrant que l'infidélité, lorsqu'elle est dévoilée, ne semble pas diminuer les effets de la psychothérapie de couple (Atkins, Eldridge, Baucom et Christensen, 2005).

- Sur le plan financier, la psychothérapie de couple implique des déboursés importants, et cet argent est utilisé à mauvais escient si les conditions de son efficacité ne sont pas réunies.

J. Fin de l'entrevue

L'intervenant termine la rencontre en vérifiant si la personne croit qu'il a oublié de poser certaines questions importantes : « Est-ce qu'il y a des questions que je ne vous ai pas posées mais que j'aurais dû vous poser pour mieux vous connaître ? » ou « Y a-t-il des choses que je ne sais pas sur vous et qui, si je ne les sais pas, risquent de nuire à la qualité de l'évaluation que nous faisons ensemble ? » Évidemment, ce format d'entrevue et sa longueur sont modifiés quand un des individus souffre d'un trouble mental.

7. LA DEUXIÈME SÉANCE CONJOINTE

Après la première séance conjointe et les entretiens individuels, l'intervenant dresse le bilan des informations diagnostiques à sa disposition et il détermine les zones à investiguer lors de la deuxième séance conjointe. Ce bilan provisoire s'appuie aussi sur les renseignements recueillis à l'aide des questionnaires complétés par les conjoints. L'intervenant dispose déjà d'hypothèses de travail précisant les principales sources d'insatisfaction et les sphères relationnelles où la détresse conjugale s'exprime avec le plus de force :

- *Engagement :* éloignement progressif ou abrupt accompagné de souffrance chez au moins l'un des conjoints et expliqué par des peurs (anxiété fusionnelle, pseudo-autonomie), des comportements impulsifs (trahisons, infidélité), un échec des processus d'idéalisation (idéalisation faible et étroite ou excessive et unilatérale) et/ou des valeurs morales défaillantes (faible sentiment de responsabilité vis-à-vis le bien-être du conjoint, attaques vicieuses, altruisme inexistant). Présence de signaux subjectifs (pessimisme, fantaisies amoureuses vis-à-vis de tiers, climat de secret, discussion avec les proches sur les intentions de rompre) et objectifs de désengagement (appeler et rencontrer un avocat, prendre un amant, se chercher un logement, se séparer temporairement ou à l'essai, aller habiter pour de courtes périodes chez un parent ou un ami).
- *Intimité :* lacunes sur le plan du dévoilement de soi et/ou de la réceptivité émotionnelle à ces dévoilements qui sont expliquées par des stratégies d'attachement dysfonctionnelles (hyperactivation, désactivation), un répertoire comportemental déficitaire, des processus de coercition, des traits de personnalité problématiques (hyperréactivité émotionnelle ou névrosisme, dominance sociale, antagonisme, négligence, propension trop forte à être consciencieux), des processus de triangulation, des patrons relationnels stéréotypés (patron poursuite/

distance, appariement masochiste/narcissique, couple fusionnel de type enchevêtré ou hostile/dépendant et ainsi de suite) et la régulation inefficace de l'agressivité et de l'ambivalence vis-à-vis le conjoint.

- *Passion :* inhibitions, compulsions, aversions ou douleurs expliquées par divers facteurs : coordination inadéquate de l'attachement et de la sexualité (compartimentation étanche ou enchevêtrement pathologique des deux systèmes), anxiété de performance, peur du succès, ignorance, tabous, incompétence communicationnelle, traumatismes infantiles, identité sexuelle ambiguë, non assumée ou rigide, infiltration de l'agression, peur de la fusion et des réponses émotionnelles associées, culpabilité.

Ces hypothèses préliminaires s'appuient aussi sur une connaissance de plus en plus précise des stresseurs, aigus et/ou chroniques, récents et/ou lointains, prévus et/ou imprévus, qui accentuent ou qui créent les difficultés observées sur les plans de l'engagement, de l'intimité et ou de la passion. Enfin, l'intervenant saisit de mieux en mieux la gravité du trouble conjugal. Plusieurs indices sont utilisés pour documenter cette gravité. Voici une liste de ces indicateurs qui ne sont pas classés en ordre d'importance, mais forment plutôt une constellation de facteurs reliés. Cette liste n'est pas exhaustive.

1er indicateur
Le nombre de sphères relationnelles atteintes

Plus la détresse conjugale se répercute sur un nombre élevé de sphères relationnelles, plus la gravité du trouble conjugal s'alourdit. Ainsi, si la passion sexuelle et l'engagement sont préservés mais que l'intimité est réduite, la gravité du trouble est moins élevée que si des problèmes d'engagement s'ajoutent aux difficultés sur le plan de l'intimité. La présence de dysfonctionnements importants dans ces trois sphères relationnelles constitue un indice de gravité extrême du trouble conjugal.

2e indicateur
La centralité ou l'importance subjective des sphères relationnelles atteintes

Le degré de tolérance de chacun des conjoints à des fluctuations de la passion, de l'intimité ou de l'engagement est variable. Certains souffrent moins que d'autres d'une chute de la passion sexuelle, certains sont moins sensibles à une diminution de l'intimité tandis que d'autres encaissent davantage les défaillances de l'engagement. En conséquence, le trouble conjugal s'aggrave quand les sphères affectées revêtent une grande importance pour les conjoints et quand les désaccords entre les conjoints à propos de la centralité subjective de ces sphères sont marqués.

3e indicateur
La chronicité du trouble conjugal

L'expérience clinique révèle que lorsque les mésententes entre les conjoints durent depuis plus de deux ans, la gravité du trouble conjugal s'accroît significativement. Les cas de succès thérapeutique les plus rapides se produisent quand les conjoints décident de consulter tôt dans la trajectoire évolutive de la détresse conjugale. Puisque les couples attendent en moyenne près de six ans avant de consulter, une proportion élevée de ceux-ci souffre d'un trouble conjugal grave. Cette chronicité augmente la probabilité que les conjoints qui se présentent en consultation aient vécu un nombre élevé de stresseurs.

4e indicateur
La violence physique et sexuelle de même que le risque homicidaire

En recherche, la violence physique constitue le facteur d'aggravation le plus puissant de la détresse conjugale et des risques de dissolution d'union (Rogge et Bradbury, 1999). La clinique des troubles conjugaux confirme largement cette affirmation. C'est ce motif qui incite à une évaluation systématique des processus de coercition et du risque homicidaire (voir le chapitre de Lussier et ses collègues dans le présent ouvrage). Les répercussions de la violence sexuelle sont moins bien documentées en recherche et elles ne sont pas suffisamment bien examinées en clinique. Nous observons toutefois que l'atrophie de l'excitation sexuelle chez un des conjoints précipite, chez l'autre, le recours à des stratégies d'incitation qui culminent parfois en comportements de violence sexuelle (harcèlement verbal, intrusion physique – toucher les parties génitales d'autrui sans son consentement ou viol). Ces épisodes de violence sexuelle s'oublient difficilement et ils laissent des traces psychologiques indélébiles.

5e indicateur
La présence chez un des conjoints d'un trouble mental et d'un risque suicidaire

Ce facteur d'aggravation revêt tellement d'importance que nous y consacrons plusieurs chapitres du présent ouvrage. Au sein de la communauté scientifique et clinique, plusieurs ont longtemps cru à l'action d'un phénomène d'autoexclusion de la consultation conjugale chez les personnes souffrant d'un trouble mental. En conséquence, ces troubles individuels n'étaient pas évalués avec rigueur. La cooccurrence des troubles individuels et conjugaux est désormais bien établie et elle représente un facteur d'aggravation du trouble conjugal (Whisman et Uebelacker, 2006). Plus spécifiquement, la présence de fantaisies et de gestes suicidaires ou parasuicidaires, même subtils, constitue bien souvent un mode d'expression directe ou indirecte de la gravité du trouble conjugal. Plusieurs conjoints n'établissent pas spontanément d'association entre ces diverses formes d'impulsivité et la détresse relationnelle. En fait, ces idées et comportements impulsifs expriment généralement en action de puissants sentiments à l'égard du conjoint et de la relation. Cette difficulté d'élaboration et de régulation des affects complexifie le processus diagnostique, car elle camoufle souvent l'existence d'un rapport étroit entre le trouble individuel et le trouble conjugal.

6e indicateur
La détresse émotionnelle des enfants

Chez les couples où les problèmes relationnels sont bien circonscrits, il existe une frontière assez étanche entre la détresse des parents et celle des enfants. Les conjoints réussissent à discuter de leurs difficultés en privé et les processus de régulation des affects douloureux n'affectent pas massivement leur sensibilité vis-à-vis les besoins des enfants et l'exercice des compétences parentales. Quand le trouble conjugal déclenche ou accentue la détresse des enfants, l'intervenant en conclut que la gravité des problèmes s'intensifie. La présence d'attentes développementales irréalistes, d'attributions paranoïdes (« cet enfant veut ma peau ; il cherche à me ridiculiser »), de surimplication émotionnelle ou de sévices (négligence, violence physique, violence sexuelle) constitue un ensemble de symptômes directs ou indirects de la gravité du trouble conjugal. Ces débordements des problèmes conjugaux méritent d'être étudiés, parce que plusieurs sous-estiment la sensibilité des enfants à la situation du couple. De plus, à long terme, les enfants imitent (ou s'identifient à elles) les stratégies internalisées ou externalisées de gestion de la détresse relationnelle qu'ils observent chez les parents.

7e indicateur
Alliance et engagement fragile durant la période diagnostique

Parfois les problèmes du couple semblent bien délimités et les conjoints sont, pour diverses raisons, habiles à minimiser la gravité du trouble conjugal. Cette gravité s'exprime surtout dans le cadre de la relation à l'intervenant : absences, retards, incompatibilité des horaires, retard à payer les séances, discussions interminables sur le cadre de l'évaluation, ruptures fréquentes de l'alliance avec un des conjoints ou les deux. De tels problèmes soulèvent l'hypothèse de problèmes interpersonnels sérieux que l'intervenant n'a pas encore eu l'occasion d'observer au sein de l'union conjugale : autosuffisance compulsive, méfiance paranoïde, comportements impulsifs et chaotiques.

Inspirée de ce portrait provisoire, la deuxième séance conjointe peut commencer. Au début de ce deuxième entretien, l'intervenant fixe, en collaboration avec les conjoints, l'ordre du jour de la rencontre en décrivant les sphères de la relation qu'il espère aborder. Cet effort d'organisation peut être précédé d'une tâche exploratoire moins structurée où il dit aux conjoints : « Nous nous sommes déjà rencontrés à deux reprises et plusieurs choses ont été dites de part et d'autre. J'imagine que depuis notre dernière rencontre, vous avez réfléchi et discuté. » Il s'arrête ensuite pour laisser répondre les conjoints. L'application de cette technique vise plusieurs objectifs.

- Vérifier la mobilisation affective, cognitive et comportementale entre les séances. L'intervenant mesure la capacité et la motivation des conjoints à revenir sur leurs échanges avec lui. L'absence de réflexion et de discussion entre les séances indique peut-être des difficultés (ou un refus) d'introspection ou de mentalisation.

Elle exprime aussi parfois une forme de paralysie psychologique devant la gravité des problèmes relationnels. Elle reflète enfin, dans certains cas, un désengagement, un détachement ou une résignation vis-à-vis le trouble conjugal. La formulation diagnostique de l'intervenant s'en trouvera enrichie.

- Communiquer implicitement que l'efficacité de la période diagnostique et d'une éventuelle intervention en couple, peu importe le mandat, dépend en partie de sa participation active au processus thérapeutique. Plusieurs entretiennent la conviction que la psychothérapie de couple est un médicament à prendre passivement. Par cet exercice, nous insistons encore une fois sur l'importance de la présence psychologique lors des séances. Les efforts de structuration thérapeutique les plus rigoureux et les mieux construits ne résistent pas à l'inaction des participants. Ce principe s'applique d'ailleurs à tous les traitements psychologiques, peu importe l'orientation théorique de l'intervenant.
- Chez les intervenants soucieux de la qualité de la relation thérapeutique, cette intervention renseigne aussi sur la nature et la force de l'alliance ou du transfert. Est-ce qu'en réaction aux efforts soutenus du clinicien, les conjoints s'activent positivement et ajoutent de nouvelles informations pertinentes ? Est-ce qu'ils se retranchent derrière un mutisme improductif, empreint de méfiance (« C'est quoi, cette question idiote ? Qu'est-ce qu'il veut vraiment ? »), de mépris (De quel droit ose-t-il m'en demander plus ? Je ne vais tout de même pas faire son travail à sa place et le payer en plus ! ») ou de dépression (« Je n'en peux plus, c'est vraiment foutu. Il essaie de nous aider mais on a vraiment tout gâché, nous le savons et il le sait. »).

Peu importe la méthode de travail qu'il emploiera pour amorcer le deuxième entretien, plusieurs thèmes spécifiques restent à explorer. Nous nous concentrons ici sur quatre thèmes : les relations avec les enfants, la gestion des carrières et la répartition des tâches familiales, la sexualité, la communication. L'exploration de ces thèmes contribue à préciser l'organisation des activités quotidiennes au sein du couple : combien d'heures les conjoints passent-ils au travail : heure de départ de la maison le matin, heure de retour le soir ? Quel temps chacun consacre-il aux enfants : à quel type d'activités (jeux, aide aux devoirs, loisirs familiaux, déplacements vers la garderie) ? Combien de temps les conjoints passent-ils à l'entretien de la maison, des véhicules ? À quel moment, les conjoints sont-ils ensemble, à faire quoi ? Quels sont les loisirs personnels de chacun (activités sportives, culturelles ou sociales) pendant lesquels les conjoints ne sont pas ensemble ? Cette analyse met souvent en évidence la difficulté des conjoints à se rejoindre vraiment. Sous divers prétextes, certains ne se voient à peu près jamais seuls. En revanche, d'autres n'ont aucun projet personnel où le conjoint n'est pas impliqué.

7.1. La relation avec les enfants

Nous sommes perplexes devant le peu d'intérêt des formateurs en psychothérapie de couple à l'égard des dimensions familiales des troubles conjugaux. Mis à part certaines exceptions notables (Sanders, Markie-Dadds et Turner, 1998), surtout du côté des cliniciens d'orientation systémique (Guerin *et al.*, 1987), cette négligence est généralisée. Les pratiques parentales représentent pourtant une source récurrente de conflits chez les couples en consultation. L'intervenant cherchera donc à établir les aspects positifs et négatifs du fonctionnement de chacun des enfants, leur progression développementale sur les plans physique et psychologique (capacité de jouer, développement du langage, de l'autonomie, de l'adaptation scolaire, de l'attachement, du réseau social) et les compétences parentales des conjoints (sensibilité, soutien à l'autonomie, discipline, régularité des échanges affectifs). Évidemment, l'objectif n'est pas de poser un diagnostic des problèmes de l'enfant – hyperactif, dépressif ou anxieux – ou des compétences parentales sans une évaluation complète. Toutefois, le clinicien, à l'occasion, verra les conjoints en interaction avec leurs enfants pour déterminer une combinaison optimale des plans d'intervention : psychothérapie de couple axée sur le développement ou l'amélioration des compétences parentales, psychothérapie familiale, traitement d'une dyade parent/enfant. L'examen des variations situationnelles du comportement de l'enfant avec chacun des parents, avec la fratrie, avec les amis ou à l'école jette un éclairage sur la nature et la gravité du trouble conjugal. Plusieurs hypothèses sont examinées.

- Les comportements problématiques de l'enfant constituent un stresseur indépendant qui accentue le trouble conjugal mais qui ne le cause pas. Chez l'enfant et l'adolescent, les troubles internalisés ou externalisés ne sont pas toujours imbriqués dans une dynamique familiale dysfonctionnelle. Ils sont aussi fonction de problèmes constitutionnels, de situations scolaires inadéquates (intimidation ou taxage) ou de transitions particulières (passage du primaire au secondaire).
- La surimplication émotionnelle positive (recherche ou échange d'affection) ou négative (disputes continuelles) auprès d'un enfant crée un triangle collusif qui permet temporairement aux conjoints de répondre à leurs besoins de fusion (proximité, dépendance) ou de distance (autonomie). Cette surimplication produit parfois des symptômes chez l'enfant : restriction alimentaire ou suralimentation, anxiété de séparation, érotisation prématurée et inadéquate des rapports interpersonnels, problèmes de concentration, conduites coercitives.
- Les conjoints – ou un des conjoints – s'en prennent aux enfants parce qu'ils ont peur de s'affronter directement. Le père terrorise son fils qui est très près de sa mère, même si c'est elle qu'il veut punir, ce qu'il n'ose pas faire car il craint la réaction de celle-ci : contre-attaque intense, indifférence, mépris ou menaces de désunion.

- Les conjoints – ou un des conjoints – exagèrent les difficultés d'un des enfants pour justifier leurs inhibitions : « Nos enfants n'ont que cinq ans et sept ans, ils ne peuvent se préparer à déjeuner ou patienter pendant que nous restons au lit le matin quand on veut faire l'amour » ou encore « On ne peut ni fermer ou barrer notre porte de chambre pour faire l'amour, car on ne sait jamais quand ils auront besoin de nous ou quand ils vont se disputer ».

Ces hypothèses cliniques, lorsqu'elles sont valides, amèneront l'intervenant, tant dans la phase diagnostique que thérapeutique, à interrompre les processus collusifs et à établir une démarcation nette entre les besoins des enfants et des conjoints. La capacité du clinicien de participer à la restauration de ces frontières intergénérationnelles se concrétisera par une remise en marche, parfois spectaculaire, du développement affectif, cognitif, identitaire et physique de l'enfant. Voici deux cas, décrits en détail ailleurs (Wright *et al*., 2006), qui illustrent la complexité des processus en cause.

Céline et Daniel sont des parents qui accordent une grande place à leurs deux enfants, qui ont été désirés. Cependant, l'arrivée du deuxième enfant, juxtaposée à la maturation du premier, semble avoir créé des exigences qui dépassent leurs capacités parentales. Au début de l'évaluation, la description des pratiques parentales est visiblement conflictuelle, mais il est difficile d'avoir une idée claire des difficultés liées au comportement de Jacques, le fils aîné. Le clinicien propose un projet d'autoobservation des conduites parentales, qui résout plusieurs dilemmes diagnostiques et qui permet surtout d'éliminer l'hypothèse que Daniel et Céline puissent maltraiter leur enfant physiquement.

Suzanne et François sollicitent une consultation parce que chacun reproche à l'autre d'être trop critique. Suzanne rapporte que François ne consacre qu'un temps limité à des moments spéciaux à deux, tandis que François reproche à Suzanne, aveugle depuis sa naissance, de prendre trop de risques à la maison et lors de ses déplacements vers son lieu de travail, où elle est enseignante. Enfin, ils ne s'entendent ni sur la gestion des finances, ni sur les pratiques parentales avec leurs quatre filles âgées de neuf à seize ans. Suite à deux entretiens en couple et à une rencontre individuelle, le clinicien conclut rapidement que les progrès en couple sont compromis ou même improbables, s'il n'y a pas au moins deux séances d'évaluation regroupant les six membres de la famille. Au grand soulagement du clinicien, les parents et les quatre filles acceptent de venir. Ces séances d'évaluation amènent l'intervenant à proposer six rencontres de thérapie familiale, intercalées avec douze séances en couple. Les deux séances d'évaluation confirmaient le lien indissociable entre les difficultés du couple et la dysfonction familiale. L'examen de diverses hypothèses spécifiques à l'approche de l'apprentissage social montrent rapidement le rôle de l'attention négative et l'absence relative de renforcement des gestes positifs (Sanders *et al*., 1998). Plusieurs hypothèses systémiques se voient aussi soutenues : frontières intergénérationnelles non établies – le père et deux des filles se liguent contre la mère tandis que la plus jeune est prise comme bouc émissaire par ses sœurs (Guerin *et al*., 1987).

7.2. La gestion des carrières et la répartition des tâches domestiques

En psychothérapie de couple, l'analyse clinique de l'évolution de la situation financière, des trajectoires de carrière et de la répartition des tâches domestiques entre les conjoints constitue aussi un secteur d'évaluation diagnostique révélateur. C'est souvent dans cette sphère de la vie familiale que les inégalités sexuelles et les rapports de domination s'exercent avec le plus de force. La consultation des écrits scientifiques montre d'ailleurs que l'équité au sein des processus de prise de décision représente, tant chez les femmes que chez les hommes, un puissant facteur prévisionnel de la qualité de l'union (Amato, Booth, Johnson et Rogers, 2007). L'incapacité des conjoints, surtout celle de l'homme, à promouvoir l'égalité au sein de la relation accentue la détresse et l'instabilité conjugale. Plus spécifiquement, les désaccords à propos des tâches domestiques et des soins aux enfants sont désormais de profondes sources d'insatisfaction et des causes fréquentes de désunion (Amato *et al*., 2007). Au quotidien, bien des hommes ne saisissent pas le caractère déterminant de cette thématique pour leur partenaire (Amato, 2007). Pourtant, ces requêtes de partage que plusieurs jugent triviales recouvrent des enjeux psychologiques et sociaux majeurs : égalité, mutualité, justice, démarche identitaire d'intégration des rôles sexuels.

Dans certains cas, la persistance de valeurs traditionnelles entraîne divers conflits. Le partage inéquitable du pouvoir renvoie alors à des stéréotypes sur le plan des rôles sexuels : « Dans notre couple, l'homme devrait gérer l'argent, qu'il le gagne ou non. » De plus, certains conjoints, abusifs psychologiquement, dans le cadre de stratégies coercitives généralisées, exercent une emprise considérable (contrôle rigide, punitions systématiques) sur le plan financier (LaTaillade, Epstein et Werlinich, 2006). Plusieurs couples vivent d'intenses conflits quand la femme décide qu'elle veut générer ses propres revenus pour contourner les répercussions négatives de ce contrôle unilatéral : liberté individuelle réduite, identité sexuelle restreinte, estime de soi déficiente. Les progrès éducationnels, professionnels et sociaux associés aux divers mouvements de revendication de l'égalité au sein des rapports homme/femme ont engendré de nouvelles répartitions des rôles et des sources d'estime de soi. Le clinicien développe donc une vision diagnostique du trouble conjugal plus complète s'il examine les ententes implicites ou explicites de gestion des carrières respectives et des finances familiales. Cette évaluation ne peut se faire indépendamment d'un examen des rapports de pouvoir ou d'équité, des responsabilités familiales, des valeurs ou normes de chacun, de la capacité d'accommodation des conjoints et de leur sentiment d'identité personnelle (estime de soi, rôles sexuels, critères de masculinité et de féminité). Voici un exemple clinique où ces enjeux s'entrecroisent.

Anne-Marie, médecin spécialiste, est mariée à Alain, un pomiculteur. Le revenu d'Anne-Marie est dix fois plus élevé que celui de son mari. Elle l'a d'ailleurs sauvé de la faillite à plusieurs reprises. Les séances individuelles révèlent qu'Anne-Marie a récemment mis fin à une relation extraconjugale non avouée avec un ami d'enfance : « Alain est mon seul vrai amour. » Elle précise qu'elle trouvait Alain plus attirant que son amant.

Elle ajoute toutefois qu'elle se sent rejetée sexuellement par Alain parce qu'il refuse souvent ses avances. Elle respecte énormément Alain pour son talent artistique et ses habilités parentales : il est plus présent qu'elle auprès des enfants. Leur différence de statut économique et éducationnel n'incommode pas Anne-Marie, pourvu qu'Alain gère les revenus nets de son entreprise indépendamment des finances familiales. En entretien individuel, Alain souligne sa faible estime de soi, déterminée par le sentiment d'une scolarisation limitée et par sa gestion inadéquate des revenus et des dépenses de son entreprise. Il reconnaît la faiblesse de son désir sexuel vis-à-vis Anne-Marie, faiblesse qu'il attribue à un facteur relationnel général : en fait, il croit qu'Anne-Marie va critiquer sa performance sexuelle aussi sévèrement que ses compétences financières. Cette anxiété de performance est exacerbée par une communication inadéquate et par la présence de mythes sexuels, comme par exemple : c'est à l'homme de faire les avances sinon sa masculinité s'en trouve réduite.

Ces problèmes se manifestent aussi dans la difficile conciliation travail/famille. La préparation des repas, l'entretien des vêtements, le nettoyage des pièces de la maison, la tonte de la pelouse ne représentent pas uniquement des tâches instrumentales. Ces préoccupations quotidiennes sont chargées d'affects relationnels positifs (faire plaisir à l'autre, le valoriser, se valoriser) ou négatifs (hostilité, culpabilité, impuissance, résignation) (Lemaire, 2005). La gestion de ces tâches met aussi en route des modes d'interaction spécifiques : soutien mutuel, rapports de dépendance de type parent/enfant, relation masochiste maître/servante, collusions narcissiques où les tâches domestiques sont accomplies à la perfection pour susciter l'admiration du conjoint ou pour le culpabiliser de ne pas en faire plus ou d'en demander trop. Ces interactions expriment aussi parfois une certaine idéalisation de la famille d'origine et des parents : « Chez moi, mon père faisait tout, il n'y avait pas d'objet qu'il ne savait réparer ; mon conjoint, il ne sait que faire de ses dix doigts » ou encore « Quand j'étais jeune, ça sentait toujours très bon chez nous, ma mère préparait des muffins. Nous étions choyés ». Le clinicien se montre donc attentif à l'organisation quotidienne du style de vie familiale. Cette évaluation tient compte des significations psychologiques multiples des gestes posés par chacun, mais aussi des contraintes sociales qui s'exercent sur les conjoints.

La consultation des statistiques sociales montre qu'au Québec, en 2004, le nombre moyen d'heures rémunérées, passées à travailler s'élève, chez les hommes, à 39 heures et à 34 heures chez les femmes (Heisz et LaRochelle-Côté, 2007). Ce nombre d'heures est élevé dans les deux cas et il semble en nette progression. De plus, il n'inclut pas le temps consacré aux déplacements, surtout en banlieue et en région urbaine. Dans ce contexte, l'équilibre de la répartition des tâches familiales et occupationnelles est un secteur névralgique de la vie en couple et ce, pour plusieurs raisons. Trois de ces raisons sont discutées ici.

Premièrement, les contraintes d'horaire vont croissant et elles s'accompagnent, chez chacun des conjoints, d'une augmentation des tensions physiques et psychologiques. Dans ce contexte, la décision de mettre un enfant au monde – un geste conjugal

significatif de créativité, de générosité, de générativité et d'enrichissement de l'identité sexuelle de chacun – diminue aussi la résistance physique et psychologique des conjoints et représente pour certains une profonde source d'insatisfaction relationnelle : « Tu les voulais toi aussi ces enfants, moi j'ai sacrifié une promotion importante pour m'en occuper, toi, tu ne veux renoncer à rien » ou « Je n'oublierai jamais à quel point tu étais content quand j'ai accouché un vendredi soir. Tu m'as remercié de ne pas t'avoir obligé à manquer une journée de travail. Je n'arrête pas d'y penser » ou encore « J'ai accepté de me rendre dépendante de toi sur le plan économique et toi tu en profites pour avoir une aventure avec une collègue de travail plus jeune ».

Se lever de plus en plus tôt pour préparer les enfants, les conduire en garderie ou à l'école, affronter la circulation de plus en plus lourde, se présenter à l'heure au bureau constituent pour plusieurs des stresseurs quotidiens. D'un strict point de vue temporel, les contraintes sont spectaculaires et elles restreignent le temps passé ensemble. De plus, le moindre déséquilibre – la fièvre chez un enfant, une crevaison, la disparition du chandail préféré d'un des enfants – provoque des réactions en chaîne : nécessité de coordonner des horaires déjà chargés, obligation de retarder l'entrée au bureau ou de repousser l'heure de retour à la maison, tentation de bousculer les enfants pour accélérer le rythme, disputes sur les concessions à effectuer et les renoncements occasionnés par ces contrariétés (annuler une séance matinale d'entraînement, reporter une réunion au bureau). Soutenir que ces désagréments se répercutent sur le stress conjugal, c'est dire l'évidence.

Deuxièmement, les significations du travail, dans les sociétés modernes, sont multiples et elles évoluent rapidement. Chez certains, les dimensions spirituelles prédominent : le travail est non seulement une condition de survie, il constitue une offrande à Dieu, une sanctification du geste quotidien de transformation de la nature. Chez d'autres, le travail assure l'indépendance, le statut et le prestige social. Enfin, le travail représente aussi un moyen de gratifier des besoins psychologiques fondamentaux : sentiment de compétence et d'accomplissement, élargissement du réseau social. Traditionnellement, le travail stabilise et enrichit la vie familiale.

Or, les transformations récentes de l'organisation du travail occasionnent divers bouleversements personnels et familiaux. L'expansion et la rigidification des règles bureaucratiques (en réponse aux scandales et aux fraudes financières), conjuguées à l'insécurité économique ambiante (mises à pied massives, renégociation systématique des conditions de travail), ont d'importantes conséquences psychiques et relationnelles. La prévalence élevée de l'épuisement professionnel, les départs précipités à la retraite, l'accroissement du nombre de plaintes pour harcèlement moral, le désengagement, le cynisme et/ou la paranoïa croissante qui infiltrent les rapports hiérarchiques ne sont que quelques-uns des indicateurs qui signalent que, pour plusieurs, le travail devient un puissant facteur d'aliénation. Dans ce contexte d'appauvrissement des bénéfices psychiques du travail, la vie du couple s'en trouve fragilisée. Ces conséquences s'observent dans le mode d'interaction des conjoints : relations soignant/soigné empreintes d'un

désir d'être pris en charge complètement, surinvestissement masochiste du travail et négligence du conjoint (l'individu est toujours prêt à se sacrifier pour l'organisation et il exige en retour la soumission du conjoint à ce style de vie).

Troisièmement, l'argent est un puissant symbole de pouvoir social et sa répartition asymétrique entre les conjoints demeure une source d'iniquité problématique au sein d'un grand nombre de couples. En dépit de progrès législatifs notables, plusieurs spécialistes dénoncent encore la dépendance économique institutionnalisée des femmes et l'association étroite, chez plusieurs hommes, entre la masculinité, la virilité et le salaire. Les modes de gestion de ces situations au sein du couple fournissent un matériel clinique riche et varié : persistance de l'idéologie patriarcale, ratés des projets égalitaires qui se transforment en exercice mathématique compulsif, indépendance financière qui ne résiste pas à l'arrivée des enfants. Ces stratégies de coordination des avoirs du couple se répercutent éventuellement sur la vie sexuelle des conjoints. Nous revenons sur ce point dans la prochaine section.

L'analyse précédente explique en partie les nombreux conflits conjugaux suscités par la nécessité de gérer simultanément la carrière, les finances et les tâches domestiques. Plusieurs couples éprouvent de la difficulté à répartir les responsabilités familiales de façon équitable et satisfaisante. En période diagnostique, les perceptions d'injustice et de déséquilibre peuvent être documentées au moyen de fiches d'observation des horaires de chacun ou de questionnaires sur la conciliation travail/famille. Voici un exemple clinique illustrant la complexité des enjeux en cause.

Gabrielle et Pierre enseignent au secondaire quatre jours par semaine. Pierre assume aussi des responsabilités de gestion une journée par semaine et son revenu est nettement plus élevé que celui de Gabrielle. Lors du premier entretien, Gabrielle se dit très blessée de la faible implication de Pierre dans certaines facettes du travail d'entretien de la maison. Cette perception d'iniquité engendre des disputes acrimonieuses. En fait, après ces disputes, les conjoints passent quelques semaines à ne plus se parler et à ne plus se manifester d'affection. Pour Gabrielle et Pierre, ces querelles sont la principale source d'insatisfaction conjugale. Le recours aux fiches d'observation (Wright, 1990, p. 200-202) révélera deux types de problèmes.

D'un point de vue quantitatif, l'analyse montre un léger déséquilibre des tâches. Toutefois, d'un point de vue subjectif, l'examen des fiches met plutôt en relief un patron interactionnel stéréotypé.

Pierre ignore d'abord les requêtes de Gabrielle aussi longtemps qu'il le peut et il cherche à imposer ses normes personnelles : « Le ménage, ce n'est pas si important. Je travaille très fort toute la semaine, je suis épuisé. Gabrielle pourrait relaxer un peu plus. C'est une vraie obsédée de la propreté. » Gabrielle se sent prise dans un rapport de force où elle est dominée et dévalorisée. Quand il accepte éventuellement de « faire un effort » pour « aider » Gabrielle, Pierre contribue à créer un contexte relationnel

infantilisant, empreint de mépris et de rébellion. Le rapport de force s'inverse. Pierre se comporte maintenant comme un adolescent enragé qui se sent envahi et contrôlé par une mère culpabilisante qu'il n'arrivera jamais à satisfaire : « Je veux bien m'impliquer mais peu importe ce que je fais, je n'en fais jamais assez ou je ne le fais pas parfaitement ou je ne le fais pas avec la bonne attitude. Je suis perdant à tout coup. »

De son côté, Gabrielle soutient que Pierre agit avec condescendance et qu'il est passif/agressif : « J'ai absolument besoin de lui pour certaines tâches, mais monsieur le petit-roi n'aime pas ramasser ses effets personnels, il ne veut pas se salir les mains, ce n'est pas digne de lui. Quand il *daigne* m'aider comme il le dit, il le fait en rouspétant, il déplace le mobilier sans précautions et, à la première occasion, il disparaît. » Gabrielle endosse rapidement le rôle de mère autoritaire et punitive qui se sent indignée de ne pas être respectée davantage. En conséquence, et pour se venger, elle se désengage massivement sur le plan affectif tout en sachant que Pierre a très peur qu'elle le quitte.

Cette séquence interactionnelle combine des éléments de deux patrons relationnels typiques documentés par les psychothérapeutes conjugaux de plusieurs orientations théoriques : le patron poursuite/retrait et le patron responsabilité/contrôle. Gabrielle pourchasse Pierre pour qu'il prenne davantage de responsabilités domestiques, mais selon « ses » exigences, et ce dernier s'efforce de créer une distance et de préserver son autonomie. Ces patrons peuvent s'interpréter comme la mise en acte de relations d'objet superposées tout comme ils peuvent constituer le reflet de stratégies mixtes d'hyperactivation et de désactivation du système d'attachement. Les cliniciens d'orientation cognitive-comportementale y verront le résultat : *a)* de déficits sur le plan de la communication et de la résolution de problème ; *b)* d'émotions négatives accumulées ; *c)* d'attributions dysfonctionnelles de la causalité, de la responsabilité et du blâme. D'un point de vue systémique, qu'il soit centré sur les émotions ou non, ce rapport de force marqué par l'hostilité réciproque peut cacher diverses émotions primaires : crainte de la différenciation, peur de l'abandon ou de la fusion, peur de ne pas être un partenaire valable et sentiment chronique de solitude, par exemple. Peu importe l'option théorique adoptée, l'examen de ces interactions quotidiennes fournit un matériel clinique riche, utile pour la compréhension de l'étiologie du trouble conjugal. Il ne faut cependant pas oublier que ces discussions confrontent les valeurs fondamentales de l'intervenant et des conjoints en matière d'égalité et de justice sociale. Le mariage n'est plus une institution patriarcale, mais la transition vers des relations de couple égalitaires n'est pas complète ; d'importantes variations culturelles subsistent (Amato *et al.*, 2007). Les risques de conflit et de dérapage sont donc réels et coûteux.

7.3. La qualité des échanges sexuels

À ce stade-ci du processus d'évaluation diagnostique, les conjoints et l'intervenant ont eu quelques occasions d'explorer la qualité des échanges sexuels. L'examen des motifs de consultation et des principales sources d'insatisfaction conjugale a pu mettre en relief

la présence de conflits sexuels spécifiques ou d'un climat relationnel dépourvu d'affection ou de tendresse. De même, l'analyse des aspects positifs de la relation et des ressources personnelles de chacun a pu faire ressortir l'existence de conduites sexuelles satisfaisantes. Les entretiens individuels ont aussi créé des conditions propices à la cueillette d'informations sur le développement sexuel, les traumatismes récents (viol, agression physique et psychologique, infidélité) ou lointains (violence sexuelle, psychologique et physique) qui se sont répercutés sur les modes d'expression de la passion au sein du couple. Enfin, si l'intervenant emploie des questionnaires standardisés, il dispose de renseignements supplémentaires qui enrichiront sa vision de la sexualité des conjoints.

En certaines occasions, et pour diverses raisons, l'intervenant se présente à cette deuxième rencontre conjointe sans que le tableau clinique des échanges sexuels soit clair ou complet. Voici quelques-uns de ces motifs.

- Diverses priorités diagnostiques ont forcé une réorganisation du protocole usuel : risque suicidaire, violence conjugale, trouble mental chez l'un des conjoints, situations de crise. La marge de manœuvre nécessaire pour approfondir l'expérience sexuelle des conjoints n'existe tout simplement plus.
- L'hyperréactivité émotionnelle d'un des conjoints au moment d'aborder les aspects sexuels de la relation amène l'intervenant à ralentir le rythme de l'examen clinique : l'intervenant est perçu comme intrusif, irrespectueux et biaisé, tandis que ce conjoint se sent attaqué, jugé et victimisé. La gravité des réactions affectives chez ce conjoint augmente les risques qu'il perçoive une collusion entre son partenaire et le thérapeute si ce dernier insiste. Cette pression peut s'exercer sans que l'intervenant ou les conjoints en comprennent bien les enjeux. Généralement, ces réactions s'observent quand l'examen clinique réactive des traumas récents ou lointains dont l'intervenant n'est pas informé ou dont il sous-estime la gravité.
- L'intervenant a pu aussi négliger, lorsque la situation l'indiquait, de s'engager sur le terrain délicat de la sexualité. Certains professionnels manifestent, pour plusieurs motifs (éducation familiale, croyances religieuses, expériences personnelles), une prudence sociale excessive et généralisée à l'égard de l'exploration active de la sexualité (voir aussi Bergeron *et al.*, dans le présent volume). D'autres souffrent d'une retenue qu'ils ne comprennent pas tout à fait avec des types spécifiques de couples : couples où les conjoints ont l'âge de leurs parents, couples dont les conjoints sont de leur âge, couples où les conjoints adoptent une orientation sexuelle différente de la leur, couples où les conjoints ont des pratiques et des préférences sexuelles qui ne concordent pas avec les leurs. Dans ce dernier cas, deux problèmes se posent assez fréquemment : *a)* certains conjoints insistent pour dire que leur sexualité n'est pas importante ou qu'elle n'a rien à voir avec leurs difficultés ; l'intervenant ne se sent alors plus autorisé à mener sa propre évaluation ; *b)* d'autres conjoints, présentant une dynamique sexuelle

sadomasochiste, questionnent l'intervenant de manière intrusive sur ses propres pratiques sexuelles « forcément très traditionnelles » ou tentent de le convaincre de la supériorité du type de plaisir sexuel qu'ils éprouvent.

- Enfin, l'intervenant tombe parfois temporairement, sans s'en rendre compte, sous l'emprise d'un patron relationnel entraînant l'évitement de la sexualité :
  - Collusion systémique avec un partenaire fusionnel/abandonnique qui se sent rejeté ou avec un partenaire évitant/pseudo-autonome. Plutôt que de s'associer de manière implicite ou explicite à l'un de ces conjoints, l'intervenant échappe à la pression en évitant d'approfondir les thématiques délicates, dont la sexualité : en conséquence, il se sent confus et paralysé.
  - Activation d'une relation d'objet dominante marquée par la triangulation directe ou inversée. Ici, l'intervenant se sent coincé dans une dynamique où il se perçoit – et est peut-être perçu – comme un rival potentiel dangereux par le conjoint de même sexe et comme un partenaire potentiel séduisant, intéressé et disponible par le conjoint de sexe opposé.

Cette deuxième rencontre avec les conjoints fournit à l'intervenant une nouvelle occasion de tracer un portrait significatif et précis de la vie sexuelle des conjoints. Normalement, en dressant le bilan des renseignements obtenus aux cours des premières étapes du processus diagnostique, les lacunes d'information en matière de sexualité sont identifiées. De plus, entre les séances, le clinicien réfléchit aux obstacles qui ont nui à une exploration adéquate de la sphère sexuelle de la vie conjugale. Qu'il analyse ses réactions en faisant appel aux notions de réactions transférentielles ou contre-transférentielles, qu'il focalise son attention sur ses stratégies implicites et explicites de régulation de ses émotions ou qu'il se centre sur sa participation à l'équilibre systémique du couple, l'intervenant peut maintenant, si nécessaire, réorienter son activité diagnostique.

Plusieurs éléments clés sont à considérer. Le lecteur qui ne dispose pas d'un protocole systématique d'investigation de la sexualité s'inspirera de l'excellent travail présenté plus loin par Bergeron et ses collègues. Nous nous limitons ici à une réflexion générale sur les coûts sexuels des rapports de domination et de soumission et à une analyse de l'hétérogénéité des conduites infidèles.

A. Les coûts sexuels de la promotion de la soumission

L'Organisation mondiale de la santé (2006) déploie, depuis le milieu des années 1970, des efforts considérables pour définir la sexualité, la santé sexuelle et les droits sexuels. Or, même dans les pays les plus progressistes, la transition d'une morale sexuelle répressive à une éthique sexuelle progressive ne se fait pas sans heurts (Helén et Yesilova, 2006). Les principes d'égalité sexuelle suscitent parfois de violentes réactions et plusieurs

commentateurs évoquent la persistance discrète des idéologies patriarcales. En psychothérapie de couple, l'intervenant est en mesure d'observer, tant chez la femme que chez l'homme, les coûts psychologiques et sexuels de cette promotion de la soumission.

Ainsi, chez la femme, l'adhésion aux normes sociales, fondée non seulement sur l'inégalité économique mais aussi sur l'éducation familiale, scolaire et culturelle, encourage la soumission, la passivité et le sacrifice personnel. Ce rapport de pouvoir homme/femme détermine la répartition des tâches domestiques et l'accès aux ressources financières du couple. L'homme prend souvent les décisions économiques les plus importantes. Il s'accorde des privilèges d'achat qu'il ne concède pas à son épouse sous prétexte que son salaire est plus élevé, que son travail est plus exigeant, qu'elle ne travaille que pour se distraire ou qu'elle ne travaille pas puisqu'elle s'occupe des enfants à la maison. Dans ce contexte, la femme s'ajuste, se soumet aux prescriptions sociales et elle se sacrifie pour le bien-être de la famille. Ce rapport de domination se transpose sur la scène sexuelle, où il engendre deux types de conséquences complémentaires.

Premièrement, il est maintenant de mieux en mieux démontré que les femmes qui endossent les attributs féminins typiques pour éviter la désapprobation perdent une part importante de leur autonomie sexuelle (Sanchez, Kiefer et Ybarra, 2006). Ainsi, près de 50 % des femmes reconnaissent feindre le désir sexuel et consentir à des activités sexuelles non désirées (O'Sullivan et Allgeier, 1998). Sanchez et ses collègues soulignent aussi que, chez la femme, l'adhésion aux rôles sexuels traditionnels mène à l'adoption de conduites sexuelles empreintes de soumission et de passivité. En retour, ces conduites sont associées à diverses inhibitions, à un éveil sexuel moindre, à des difficultés orgasmiques et à une plus grande vulnérabilité face à l'exploitation sexuelle (Kiefer, Sanchez, Kalinka et Ybarra, 2006). D'un point de vue clinique, cette association automatique de la soumission et de la sexualité est significative. La présence d'un patron relationnel marqué par la domination et le contrôle devrait évoquer chez le clinicien la nécessité de déterminer si ce patron se transpose directement à la sexualité. Cette hypothèse, quand elle s'avère juste, peut faciliter, lors de la séance de rétroaction, la prise de conscience des coûts sexuels de ces rapports inégaux de pouvoir. Or, cette prise de conscience est importante puisque, tant chez les femmes que chez les hommes, la prévalence de l'insatisfaction sexuelle est élevée.

Deuxièmement, l'expérience clinique enseigne aussi que, chez un bon nombre de couples, à moyen et à long termes, le rapport de force s'inverse subtilement et la signification des scripts de passivité sexuelle se transforme. C'est maintenant la femme qui autorise les activités sexuelles, les initie et en détermine le cours. Cette inversion des rôles et du pouvoir de chacun crée des impasses relationnelles éprouvantes. Elle représente toutefois souvent pour la femme une occasion unique d'éprouver son autorité personnelle, de s'affirmer et de s'éloigner d'une position masochiste centrée sur le sacrifice de ses intérêts. D'un point de vue psychodynamique, la relation d'objet dominante prend alors une allure paranoïde qui n'est cependant pas explicite ou élaborée.

Généralement, sans trop l'exprimer, l'homme se voit comme une victime persécutée, dévalorisée et attaquée dans sa masculinité par une femme qui exerce maintenant à ses yeux un contrôle quasi absolu de la sexualité et qui le satisfait au compte-goutte. Ces hommes, quand ils arrivent à exprimer leur opinion, précisent : « J'essaie d'être patient, d'être un bon garçon, d'ignorer mes besoins, de ne plus rien demander sexuellement en espérant que si j'attends suffisamment, elle va me revenir. Je ne suis tout de même pas un violeur. » De son côté, la femme se sent torturée et méprisée par un conjoint qui lui semble prendre un malin plaisir à l'ignorer, à s'absenter de la relation (physiquement et/ou psychologiquement) et à bloquer toutes ses tentatives d'établir un contact affectif. Toutes ses demandes de rapprochement émotionnel se heurtent à un mur ; son conjoint, généralement une personne évitante, lui répond : « Non, je ne suis pas en colère, je ne suis pas triste non plus. Les choses ne vont pas si mal entre nous, tu exagères la gravité de nos problèmes. On a quand même eu une bonne semaine. Il ne se passe rien de spécial en moi, c'est toi qui as des choses à me dire. » Ces dénégations répétées amplifient l'agressivité et les sentiments d'impuissance de la femme : « Je le sais qu'il est déçu, que je le blesse et qu'il m'en veut énormément, mais il refuse de l'avouer. Ça me rend complètement folle ! »

Ces fantaisies puissantes paralysent les échanges psychologiques et sexuels. La vie de couple devient un désert affectif. Les processus attributionnels se rigidifient et s'externalisent : « tout va changer si tu te rapproches sexuellement » versus « tout va changer si tu te rapproches affectivement ». Évidemment, ces fantaisies ne sont pas réalistes et leur caractère dichotomique signale des difficultés d'intégration de l'expérience vécue : les contacts sexuels ne sont ni purement sexuels, ni purement affectifs, il n'est pas possible de contrôler totalement la sexualité ou l'affectivité d'un autre individu, la personne qui exprime son agressivité en privant son conjoint de relations sexuelles sacrifie aussi ses besoins sexuels, tandis que les conséquences négatives de l'évitement émotionnel chez l'homme sont bien documentées : élévation de la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments, apparition d'autres comportements impulsifs (conduite automobile dangereuse), diminution de la qualité de l'expérience sexuelle. D'un point de vue systémique, cette incompatibilité fondamentale et ce marchandage compulsif camouflent des angoisses fusionnelles et des problèmes de différenciation de soi.

Chez l'homme, l'internalisation des rôles sexuels traditionnels se fait en référence à des normes sociales conflictuelles et changeantes. Il doit, premièrement, « prouver » sa masculinité et son comportement est socialement régi par des scripts sexuels empreints de dominance : en matière de sexualité, il doit prendre l'initiative, être assertif et afficher une libido débordante ; il est responsable du plaisir sexuel de sa partenaire tout comme il est convié à jouer le rôle d'un enseignant et/ou d'un libérateur directif du plaisir sexuel de la femme. Cette hypersexualité masculine prend deux formes principales. L'*hypermasculinité narcissique* s'accompagne de misogynie, d'un égocentrisme prononcé et d'une propension à la promiscuité guidée par l'excitation sexuelle puissante ressentie à l'idée de séduire une personne qui se refuse ou qui est jugée attrayante par d'autres

(Kernberg, 1995). Les sentiments éventuels du conjoint n'entrent pas en ligne de compte dans le processus de prise de décision sexuelle de ce type d'individu. L'hypermasculinité narcissique inspire aussi un discours conjugal méprisant illustré par le proverbe « fais lui en baver, elle ne t'en aimera que plus » (« *Treat them mean, keep them keen* » (Renold, 2007). L'*hypermasculinité hystérique* renvoie à une accentuation des qualités masculines traditionnelles, surtout l'indépendance, une attitude de supériorité vis-à-vis les femmes juxtaposée à des comportements infantiles boudeurs quand le besoin de dominer n'est pas satisfait. Sous ses dehors de macho, ce type d'homme manifeste diverses difficultés d'adaptation sexuelle, dont la promiscuité, guidée cependant plus par la culpabilité – le conflit entre le désir de former une relation amoureuse et sexuelle stable et la crainte d'être puni à cause de ce désir – que par le narcissisme.

Deuxièmement, même assailli par une forte médiatisation de l'hypermasculinité, l'homme est enjoint à respecter les désirs sexuels de la femme et à éviter toute forme explicite et implicite de coercition sexuelle. Il doit donc disposer de mécanismes d'inhibition automatique des scripts sociaux naturels de dominance sexuelle (Kiefer et Sanchez, à paraître). Cette suppression automatisée de la dominance explique d'ailleurs qu'une majorité d'hommes ne recourent pas à la coercition sexuelle envers leur conjointe. Le dysfonctionnement de ce mécanisme d'inhibition de la dominance, via l'alcool ou la drogue, par exemple, faciliterait l'émergence de conduites sexuelles coercitives (Kiefer et Sanchez, à paraître).

Troisièmement, la propagation de types physiques masculins idéaux – et irréalistes – constitue une pratique sociale récente qui se répercute négativement sur la sexualité des hommes. Bien qu'elle exerce une influence moins forte que les normes féminines de minceur, plusieurs chercheurs soulignent que plus les hommes sont exposés (via les magazines de santé et la cyberpublicité) à des modèles culturels et à des types physiques idéaux alliant musculature hypertrophiée et taille mince, plus ils éprouvent des attitudes corporelles négatives : insatisfaction ou honte face à leur apparence corporelle, dégoût vis-à-vis les odeurs, la sueur, la pilosité et l'ensemble des fluides et des produits corporels, obsessions entretenues en rapport avec l'apparence physique (Sanchez et Kiefer, à paraître ; Schooler et Ward, 2006). En retour, ces attitudes négatives se répercutent sur les conduites sexuelles de diverses façons. Ainsi, plutôt que d'éviter la nudité et les rapports sexuels, plusieurs hommes s'engagent sexuellement tout en étant préoccupés de leur apparence et de leur performance physique – l'augmentation de la conscience du soi sexuel évoquée par Masters et Johnson (1970). Le désengagement émotionnel lors des rapports sexuels constitue une autre stratégie d'adaptation et de distraction pour pallier aux sentiments de honte et d'insuffisance qu'ils éprouvent. Ce détachement masculin mène aussi à une vision stéréotypée du corps et de la sexualité de la femme : attitudes négatives vis-à-vis les menstruations, la pilosité et les fonctions corporelles (Schooler et Ward, 2006). En conséquence, la qualité de l'éveil et du plaisir sexuel en souffre (Sanchez et Kiefer, à paraître).

En conclusion, d'un point de vue clinique, la capacité des conjoints d'échapper à ces stéréotypes sexuels et de composer avec les normes sociales contradictoires mérite de faire l'objet d'une évaluation rigoureuse. La présence d'une identité féminine ou masculine ouverte, fluide et complexe constitue un rempart contre diverses inhibitions et limitations du plaisir sexuel. Elle enrichit les processus de décision en matière de sexualité, encourage la créativité et bloque la compartimentation pathologique de l'intimité, de l'engagement et de la passion. C'est bien souvent le cloisonnement de la sexualité et la rigidité des processus de domination et de soumission qui expliquent le désengagement émotionnel et la propension aux conduites infidèles.

B. L'hétérogénéité des conduites infidèles et la régulation de l'impulsivité sexuelle

L'analyse clinique de l'infidélité représente un des défis les plus importants de la période diagnostique en psychothérapie de couple. Cet événement biographique perturbateur reflète presque toujours une remise en cause profonde et simultanée de l'engagement, de l'intimité et de la passion. Il revêt presque toujours un caractère traumatique et il réactive un ensemble de blessures et de trahisons passées. En conséquence, il altère en profondeur : *a)* les représentations de soi, du conjoint et de la relation ; *b)* les affects éprouvés et associés à ces diverses représentations de soi et d'autrui ; *c)* les comportements de chacun des conjoints face à l'autre. Voici quelques repères utiles pour guider la réflexion de l'intervenant.

1er repère
L'infidélité est une notion-parapluie qui réfère à un ensemble de conduites hétérogènes et à un continuum d'engagement émotionnel et sexuel (Allen, Atkins, Baucom, Snyder, Coop Gordon et Glass, 2005)

- Comportements d'intimité émotionnelle associés à de puissantes fantaisies sexuelles et romantiques, vécus dans un climat de secret, et n'impliquant aucune activité sexuelle, c'est-à-dire ni caresse, ni baisers ni gestes sexuels. Ces comportements représentent souvent un premier pas vers des rapports sexuels. Ces individus sont aux prises avec de sérieuses impulsions sexuelles qu'ils réussissent difficilement à contenir. Certains spécialistes confient qu'au cours de leur carrière, ces cas d'infidélité émotionnelle ont posé des problèmes de gestion clinique parmi les plus complexes qu'ils ont eu à traiter (O'Leary, 2005).
- Comportements d'infidélité à distance, via Internet, accompagnés de fantaisies romantiques et/ou sexuelles et parfois de gestes sexuels explicites : exposition de la nudité à connotation exhibitionniste/voyeuriste et masturbation. Ici, le désir et la capacité de contrôler l'impulsivité sexuelle diminuent. Ces relations aboutissent parfois à des rencontres en face à face et à des rapports amoureux et/ou sexuels.

- Comportements d'intimité émotionnelle et sexuelle, sans rapports sexuels complets. Les activités sexuelles se limitent aux baisers et à des caresses. L'empan de l'intimité émotionnelle varie beaucoup. Chez certains, ces relations correspondent à une sexualité récréative de courte durée ou elles équivalent à des flirts adolescents en série. Chez d'autres, elles représentent le prélude à une aventure extraconjugale de plus longue durée. Dans tous ces cas, la régulation de l'impulsivité sexuelle pose de sérieux problèmes.
- Rapports sexuels complets, avec ou sans intimité émotionnelle, dans le cadre d'une relation à durée variable : aventure d'un soir, de quelques semaines ou de plusieurs mois/années. Ici, la régulation de l'impulsivité sexuelle échoue complètement. Généralement, les enquêtes populationnelles traitent surtout de ce phénomène.

Cette première analyse montre bien la nécessité d'examiner les conduites infidèles selon divers vecteurs : nature des gestes posés, capacité de réguler l'impulsivité sexuelle, empan du degré d'implication émotionnelle et variation de la durée de ce type d'engagement.

2e repère
La loyauté sexuelle requiert de formidables capacités d'autorégulation de l'impulsivité

Plusieurs théoriciens, qu'ils s'inspirent des approches sociobiologiques (Greiling et Buss, 2000) ou psychodynamiques (Josephs, 2006), soutiennent avec vigueur l'hypothèse, tant chez l'homme que chez la femme, d'un conflit universel entre le désir de monogamie sexuelle et l'impulsion à l'infidélité. La validité de cette hypothèse est appuyée par les résultats de plusieurs recherches. En effet, d'une part, plus de 90 % des hommes et des femmes adhèrent aux normes sociales de fidélité et désapprouvent l'infidélité (Allen *et al.*, 2005). D'autre part, la consultation des enquêtes populationnelles montre que la prévalence à vie des conduites infidèles s'élève à 25 % chez les hommes et à 15 % chez les femmes (pour une recension de ces écrits, voir Allen *et al.*, 2005 ; Dalpé, 2006 ; Weeks, Gambescia et Jenkins, 2003). Chez les couples en psychothérapie, ces chiffres s'élèvent à près de 40 % (Weeks *et al.*, 2003). De plus, les recherches les plus récentes révèlent que l'écart entre les hommes et les femmes s'amenuise. Ces résultats montrent assez clairement la puissance de l'impulsion à l'infidélité.

En conséquence, il y a donc un écart significatif entre les normes sociales et le comportement des individus. Sans être alarmiste, précisons que les spécialistes croient tous que ces taux sous-estiment la gravité du phénomène et ce, pour diverses raisons.

- Les enquêtes populationnelles sont menées auprès de personnes qui n'ont pas terminé leur carrière conjugale et elles incluent des cohortes d'individus qui en sont aux premiers stades d'une relation de couple. Puisque le risque de conduites infidèles s'accroît en fonction de la durée de la relation, un certain nombre de

personnes qui n'ont pas encore affiché ce type de comportement le feront éventuellement, même si elles ne sont pas présentement comptabilisées dans les statistiques officielles.

- Ces recherches épidémiologiques utilisent généralement une définition restrictive de l'infidélité, se limitant aux relations sexuelles complètes. Les chercheurs se sont donc surtout intéressés aux conduites infidèles les plus flagrantes. L'expérience clinique enseigne que les définitions employées par les conjoints sont beaucoup plus relâchées.
- Ces statistiques ne tiennent pas compte non plus des biais de désirabilité sociale. À cause du climat ambiant de réprobation, plusieurs ne sont pas disposés à répondre à des questions délicates sur leur vie personnelle. La validité clinique des réponses formulées dans le cadre de sondages téléphoniques ou postaux peut donc être remise en question. Ce phénomène joue aussi en psychothérapie.

Devant l'ampleur du phénomène, la capacité d'autorégulation de l'impulsion à l'infidélité mérite d'être évaluée soigneusement. De plus, puisqu'une majorité d'hommes (98 %) et de femmes (78 %) reconnaissent entretenir des fantaisies sexuelles vis-à-vis d'autres personnes que leur conjoint (Hicks et Leitenberg, 2001), l'intervenant doit disposer d'une grille d'évaluation des stratégies d'inhibition et de désinhibition de ces fantaisies.

3e repère
L'échec des compétences d'autorégulation de l'impulsivité sexuelle s'explique par une conjonction de facteurs prédisposants, précipitants et de maintien (Allen et al., *2005)*

Au-delà des particularités sociodémographiques associées aux conduites infidèles (l'âge, le sexe, la race, les échecs relationnels précédents, la dissolution d'union chez les parents), nous croyons que l'examen clinique doit d'abord porter sur l'impulsivité comportementale. Cette tendance spontanée à l'action ne se manifeste pas simplement sur le plan sexuel. Elle se traduit dans plusieurs autres domaines : comportements alimentaires, conduite automobile, consommation de drogues, d'alcool et de médicaments, jeu compulsif et ainsi de suite. La présence d'une de ces formes d'impulsivité amène l'intervenant à s'interroger sur l'existence de conduites sexuelles impulsives. Plus le degré d'impulsivité comportementale est élevé, plus les risques de conduite infidèle augmentent. L'analyse de l'impulsivité peut être menée dans le cadre de l'entrevue ou à l'aide de questionnaires.

Si l'intervenant note une faible capacité d'autorégulation de l'impulsion d'infidélité, il détermine ensuite les sources de cette impulsivité. En règle générale, la désinhibition sert plusieurs fonctions psychologiques (Cyders, Smith, Spillane, Fischer, Annus et Peterson, 2007).

- La recherche de sensations fortes : besoin de nouveauté, de variété et d'excitation. Ces variables sont des facettes de la notion d'extraversion. Ici, l'infidélité constitue un geste impulsif visant à assouvir les désirs de sensations excitantes variées.
- L'ouverture à l'expérience : le besoin récurrent d'élargir et d'examiner l'expérience, la curiosité, l'imagination, et des attitudes peu conventionnelles, y compris sur le plan sexuel. L'impulsion d'infidélité peut émerger d'un désir de marginalité ou d'un souci d'explorer les différentes facettes de son identité sexuelle (diffusion générale de l'identité ou orientation sexuelle diffuse).
- L'absence de délibération, de persistance et de discipline : la tendance à agir sans réfléchir, la propension à être négligent. Ces aspects renvoient à la tendance à ne pas être consciencieux. Dans ce contexte, les conduites infidèles représentent souvent un geste irréfléchi, une difficulté à centrer son attention sur un engagement particulier.
- La gestion des affects négatifs : la tendance à agir de façon imprudente en réaction à la détresse émotionnelle. L'impulsion d'infidélité vient amenuiser ou camoufler l'insécurité sexuelle, elle combat les sentiments d'impuissance ou d'aliénation et les affects dépressifs. Elle peut aussi exprimer l'agressivité face au conjoint tout en reflétant un désir faible, ou une capacité limitée, de contrôler les affects négatifs associés à l'antagonisme social (voir l'analyse sur l'amabilité et l'affiliation au chapitre précédent).
- La gestion des affects positifs : les comportements de prise de risque sont parfois produits sous l'influence d'affects positifs intenses et ils visent à accentuer ces sentiments positifs : désir de célébrer une victoire, une promotion, un anniversaire, une réussite personnelle ou professionnelle. Des recherches menées auprès d'étudiants indiquent que divers événements positifs provoquent une augmentation de la consommation d'alcool, de la violence physique, de la conduite automobile dangereuse et des rapports sexuels risqués (Del Boca, Darkes, Greenbaum et Goldman, 2004). L'infidélité peut donc être une réponse comportementale suscitée par des affects positifs.

Ces diverses formes d'impulsivité correspondent à des facettes distinctes de la personnalité et elles possèdent toutes des corrélats spécifiques (Whiteside et Lynam, 2001). Plusieurs des motifs fréquemment rapportés spontanément pour justifier les aventures extraconjugales se rapportent à l'un ou à une combinaison de ces facteurs : curiosité et désir de variété, recherche de sensations fortes, besoin de se rassurer sur sa valeur et sur sa capacité de séduire, désir d'avoir du plaisir, besoin de conquête et de pouvoir, lutte contre un sentiment d'inadéquacité, vérification de son orientation sexuelle, problèmes d'intimité (Allen *et al*., 2005).

Le diagnostic différentiel des causes de l'infidélité ne se limite pas à l'examen des conduites impulsives. Les spécialistes en orientation psychodynamique soulignent que les significations de l'infidélité se particularisent en fonction de la structure de personnalité. Le diagnostic différentiel nécessite de distinguer deux dynamiques principales : narcissique ou dépressive/masochiste (Kernberg, 1995). Il existe bien entendu d'autres profils d'interprétation. Par exemple, en psychothérapie de couple d'orientation systémique (Guerin *et al*., 1987), les conduites infidèles sont conceptualisées comme résultant d'un processus de triangulation. L'échec des processus de différenciation mène au recrutement d'un amant, et cette relation contribue à la régulation de la fusion et de la distance émotionnelle vis-à-vis le conjoint. De même, en psychothérapie de couple centrée sur les émotions (Johnson, 2004), l'infidélité reflète le jeu complexe des stratégies secondaires d'attachement et elle est une conséquence directe du croisement de l'hyperactivation et de la désactivation des systèmes d'attachement. Ainsi, les patrons relationnels rigides du type poursuite/retrait sont au cœur de la plupart des modèles théoriques de l'infidélité. Nous présentons ici la conception psychodynamique parce qu'elle permet d'examiner ces patrons poursuite/retrait en distinguant des modes spécifiques d'organisation de ces patrons d'impulsivité infidèle.

- *Narcissique :* L'infidélité renvoie ici à une dynamique centrée sur le soutien d'un soi grandiose défaillant et l'envie du partenaire. L'aventure extraconjugale est souvent précipitée par le désir de combattre des affects négatifs extrêmes et le besoin de vivre une expérience qui camouflera temporairement les sentiments d'inadéquacité. Souvent, ces personnes se sont mariées à un conjoint admiratif qu'elles ont épuisé. Ce conjoint devient progressivement ou abruptement plus réaliste à l'égard des qualités et des défauts du partenaire narcissique. Il cesse d'être une source inépuisable de renforcement et il émet de plus en plus d'opinions qui signalent que le partenaire narcissique n'est plus sur un piédestal. Également, les conduites infidèles surviennent parfois lorsque le partenaire apparaît soudainement imparfait ou endommagé : problèmes de santé physique ou mentale, modifications de l'apparence physique, revers professionnel, vieillissement. Enfin, l'envie éprouvée face à un partenaire qui connaît un vif succès personnel ou professionnel ou qui possède un vaste réseau d'amis suscite aussi des conduites à risque qui conduiront éventuellement à l'infidélité.
- *Hystérique ou dépressif/masochiste* : L'infidélité exprime, dans ces cas, la difficulté de concilier l'amour et la sexualité à cause d'intenses sentiments de culpabilité (Kernberg, 1995 ; Josephs, 2006). La personne choisit un partenaire qu'elle aime mais envers qui elle n'arrive que difficilement à ressentir de l'excitation sexuelle ou de l'hostilité. L'homme choisit une femme qu'il vénérera comme une sainte, une madone. La femme jette son dévolu sur un homme qui agit comme un bon parent nourricier, mais qui semble distant sur le plan émotionnel et dépouillé de tout caractère viril. Ces partenaires fidèles mais très peu désirés sexuellement sont rejetés dans le cadre d'aventures vécues avec des personnes

plus imprévisibles et plus frustrantes mais stimulantes sexuellement. La culpabilité vécue est atténuée en attribuant au partenaire trompé plusieurs défauts dont il est légitime de se venger : insensibilité, jalousie, possessivité, mépris ou abus (Josephs, 2006). S'ensuivent alors d'incessants allers-retours et des oscillations rapides : quand la relation avec le conjoint se dévitalise sexuellement, l'aventure extraconjugale s'intensifie, et lorsque la relation avec l'amant ou l'amante devient empreinte d'humiliation et de rejet, la personne retourne vers le partenaire sécurisant.

L'analyse de ces facteurs prédisposants potentiels doit aussi être enrichie d'un examen des facteurs précipitants. Allen *et al*. (2005) identifient diverses dimensions psychologiques qui représentent des conséquences des prédispositions évoquées plus haut. Ces dimensions sont regroupées en facteurs d'approche (le syndrome de la pente glissante) et en facteurs expliquant le passage à l'acte. Les facteurs d'approche comprennent le déni des risques, l'évitement des conflits relationnels et la colère. Certains de ces facteurs caractérisent le comportement de la personne susceptible de succomber à l'impulsion d'infidélité (déni des risques), d'autres se rapportent au conjoint (évitement des conflits, déni des signes avant-coureurs), au mariage (colère généralisée, retrait) et au contexte (renforcements issus des processus initiaux de séduction) (Allen *et al*., 2005). Les facteurs précipitant le passage à l'acte imminent regroupent, chez le partenaire à risque d'infidélité, l'ambivalence vis-à-vis l'union, la désinhibition et la rationalisation. Chez le partenaire sur le point d'être trompé, Allen *et al*. (2005) mentionnent le refus d'entreprendre une psychothérapie de couple et les menaces de rupture. À ce stade, au sein de la relation, les conflits et la distance émotionnelle s'accroissent tandis que sur le plan contextuel, le partenaire à risque reçoit des avances et est confronté à des occasions « irrésistibles ».

4e repère
Les conséquences de la dysrégulation des conduites d'impulsivité sexuelle sont cliniquement significatives

Les conduites infidèles entraînent de profondes conséquences médicales, psychologiques et relationnelles (Allen *et al*., 2005 ; Dalpé, 2006 ; Kernberg, 1995 ; Weeks *et al*., 2003). Nous brossons un tableau synthétique de ces répercussions.

- Sur le plan médical, les conduites infidèles sont associées à diverses infections transmissibles sexuellement. Les résultats d'enquêtes menées en Norvège indiquent que 56 % des hommes et 36 % des femmes qui ont eu des relations sexuelles extraconjugales n'ont pas utilisé de condom lors de ces contacts. Ces conduites à risque posent des problèmes de santé publique majeurs et ces chiffres sont d'autant plus inquiétants que moins de 10 % de ces personnes emploient le condom avec leur propre conjoint. Dans un tel contexte, l'intervenant

déterminera si les conduites infidèles recèlent des éléments suicidaires et/ou homicidaires. Les limites du secret professionnel et de la confidentialité sont parfois en cause.

- Sur le plan psychologique, plusieurs cliniciens et chercheurs soulignent les risques accrus de trouble dépressif majeur chez le partenaire trompé : sentiments de honte, de rage, de culpabilité, perte de confiance en soi et ainsi de suite (Cano et O'Leary, 2003). D'autres mentionnent la présence de réactions post-traumatiques (Allen *et al*., 2005 ; Dalpé, 2006 ; Weeks *et al*., 2003). Ces réactions sont étroitement associées aux processus de découverte de l'infidélité, à sa signification relationnelle et à la nature de l'attachement éprouvé envers l'amant ou la maîtresse. Dans tous les cas, l'intervenant évaluera, chez les deux conjoints, les risques de comportements parasuicidaires ou suicidaires ainsi que la présence de violence physique, psychologique et sexuelle (voir le protocole diagnostique traitant de la violence au chapitre rédigé par Lussier et ses collègues). Dès que les conjoints ont des enfants, le clinicien s'intéressera de près à l'évolution récente de leur sécurité psychologique et physique. Les répercussions psychologiques à court terme de l'infidélité sont mieux documentées que les séquelles à long terme. Toutefois, au long cours, chez les personnes vulnérables, les risques d'aggravation des problèmes de santé mentale sont significatifs.
- Sur le plan relationnel, l'infidélité accroît sensiblement la détresse conjugale et l'instabilité de l'union (Amato et Rogers, 1997). Elle est souvent construite comme le point culminant d'un processus de désengagement en marche depuis quelques années, mais elle est aussi citée comme la principale cause de divorce (Previti et Amato, 2003).

5e repère
La psychothérapie de couple peut amenuiser les répercussions négatives des conduites infidèles

L'évaluation diagnostique de couples où il y a eu infidélité serait discutable d'un point de vue déontologique si la réponse thérapeutique était, dans ces cas, constamment négative. Or, il existe maintenant des données probantes préliminaires soutenant la valeur de la psychothérapie de couple dans les situations d'infidélité. Ces données proviennent de deux études récentes.

- Dans le cadre d'une recherche sur l'efficacité de la psychothérapie de couple d'orientation comportementale, Atkins *et al*. (2005) ont démontré des courbes d'amélioration positive chez le sous-groupe de couples où l'un des conjoints a vécu une aventure extraconjugale. Toutefois, ces taux d'amélioration sont plus évidents au cours des dernières phases du traitement. Au surplus, comparativement aux autres couples, ces couples, parce que leur détresse conjugale initiale

est très prononcée, ont une probabilité moindre de rejoindre la catégorie des couples qui n'affichent plus de détresse conjugale en fin de traitement. Ces résultats sont tout de même encourageants puisqu'ils ont été obtenus même si le traitement ne portait pas directement sur la gestion de l'infidélité.

- Gordon, Baucom et Snyder (2004) ont mis au point un traitement spécifiquement destiné aux couples où il y a eu des conduites infidèles. Ce traitement s'inspire des interventions en situation traumatique et des recherches sur les processus de pardon en psychologie du couple. Les objectifs de ce traitement sont: *a)* de gérer les répercussions traumatiques initiales de l'infidélité ; *b)* d'explorer les caractéristiques des partenaires, de la relation et du contexte qui ont facilité l'infidélité ; *c)* de départager, après ce travail de crise, les options émotionnelles et comportementales qui s'offrent à chacun : réconciliation et processus de pardon ou dissolution de l'union. L'efficacité préliminaire de ce modèle de traitement est estimée à l'aide d'un plan d'expérience par étude de cas. Les résultats montrent une diminution de la détresse émotionnelle et conjugale et une augmentation, chez le partenaire trompé, de la capacité à pardonner.

En définitive, les conduites infidèles se présentent comme un problème majeur d'intégration de la passion, de l'intimité et de l'engagement au sein du couple. Les déterminants et les séquelles de ces diverses formes d'impulsivité sexuelle sont complexes. L'intervenant doit donc mettre en œuvre d'importantes ressources diagnostiques pour détecter ces situations, pour en explorer les multiples facettes et pour aider les conjoints à comprendre les options thérapeutiques les plus appropriées compte tenu de leur situation.

7.4. La qualité de la communication conjugale

Les troubles de la communication occupent une place centrale dans toutes les conceptions psychopathologiques et psychothérapeutiques des problèmes de couple. De même, l'analyse des motifs de consultation des conjoints, qu'elle soit entreprise à partir de la vision des patients (Doss *et al*., 2004) ou des intervenants (Lamarre et Lussier, 2007), met en évidence le rôle majeur d'une baisse de la fréquence (« Nous ne nous parlons plus »), de la clarté (« Nous ne nous comprenons plus ») et de la qualité (« Nous ne sommes plus sur la même longueur d'onde ») de la communication. En conséquence, l'examen clinique de la communication fait partie des cibles diagnostiques des cliniciens d'orientation cognitive-comportementale, systémique, centrée sur les émotions et psychodynamique.

A. La communication préside au développement de l'intimité au sein du couple

Au chapitre précédent, nous avons montré que l'intimité constitue, avec l'engagement et la passion, une des composantes essentielles du processus de formation et de structuration du couple. Or, la construction d'un sentiment d'intimité repose sur le désir et

la capacité des conjoints de communiquer, d'abord à des fins de séduction, puis pour mieux se faire connaître et pour mieux connaître l'autre. L'aménagement au sein du couple d'une phase initiale où le désir de chacun de se dévoiler côtoie le plaisir d'écouter l'autre signale que la relation se développe sous l'angle de l'intimité. Si cette période est suffisamment longue, le processus de choix du conjoint et de structuration de l'union se dégage, au moins partiellement, des formes malsaines d'idéalisation (Lemaire, 2005). L'intimité croissante permet à chacun de déterminer si les premiers signaux d'attraction sont suffisamment forts, réalistes et mutuels pour soutenir, à moyen et à long termes, la passion et l'engagement. La gestion des conflits relationnels subséquents repose donc en partie sur la qualité des processus de communication qui ont présidé à la formation de l'union. Plus ces échanges auront été nombreux, agréables et informatifs, plus ils formeront une base solide lors des conflits subséquents (Lemaire, 2005).

B. La communication se structure sous forme de séquences d'interaction

Graduellement, les échanges entre les conjoints s'agencent sous forme de séquences interactionnelles prévisibles. Par exemple, chez certains couples, les communications à caractère sexuel sont initiées systématiquement par l'un des partenaires tandis que les modes d'échange à caractère instrumental sur des questions pratiques sont amorcés par l'autre. Chez d'autres couples, les messages de l'un sont brefs, directs et dénués d'intensité affective tandis que l'autre s'exprime à l'aide de messages longs, traitant de plusieurs thèmes et empreints d'une forte charge émotionnelle. Ces séquences sont parfois beaucoup plus longues et complexes. Plusieurs de ces patrons d'interaction embrouillés ont été présentés au chapitre précédent. L'intervenant gagne à identifier le plus rapidement possible les principales séquences de réponses affectives, cognitives et comportementales qui rendent compte de l'interaction entre les conjoints.

Le développement progressif de cette régularité au sein des relations de couple n'est cependant pas qu'une caractéristique des unions dysfonctionnelles. Il s'applique à toutes les relations (Lemaire, 2005). La structuration graduelle des séquences d'interaction s'explique par une restriction générale, quasi universelle, de la communication au sein du couple. La diminution de la fréquence de la communication et de la charge affective qui l'accompagne représente une conséquence inévitable de la nécessité d'organiser la vie en couple et de répondre efficacement aux exigences économiques et sociales de l'existence humaine (Lemaire, 2005). Les processus d'automatisation et de réduction de la communication répondent donc à des impératifs pratiques : besoin d'un logement, de nourriture et d'un moyen de transport, répartition et spécialisation des tâches et ainsi de suite. La réduction de l'intimité devient dysfonctionnelle lorsque les formes instrumentales de communication envahissent le champ relationnel et quand la communication affective se rigidifie.

C. La communication opère simultanément à de multiples niveaux

Les spécialistes en communication conjugale soulignent tous l'existence de modes distincts d'échange des informations : le langage verbal à décortiquer selon son contenu et ses propriétés paralinguistiques et le langage du corps, incluant la gestuelle et surtout l'expression faciale des émotions. Cette multiplicité des canaux de communication augmente le potentiel d'approfondissement des échanges et la qualité de l'intimité. Elle augmente aussi les risques d'incompréhension (Clarkin *et al.*, 2006 ; Lemaire, 2005). En effet, le potentiel de brouillage de la communication et les risques de contradictions sont, eux aussi, élevés. Ces contradictions peuvent opérer tant au niveau verbal – la personne émet un message dont le contenu vient contredire ce qu'elle a dit auparavant – que non verbal – le ton de voix est mielleux mais le regard est chargé de colère. De plus, ces oppositions traversent aussi d'un canal de communication à l'autre : le langage verbal n'exprime pas nécessairement la même information que le langage du corps. Enfin, l'analyse de ces difficultés de synchronisation des canaux de communication doit aussi tenir compte de l'évolution temporelle du discours des conjoints. Ce que l'un dit présentement peut aller à l'encontre de ce qu'il a dit cinq minutes plus tôt ou de ce qu'il a toujours soutenu jusqu'à présent.

Devant l'existence de couches d'informations superposées, les conjoints et l'intervenant sont souvent perplexes. Au surplus, le degré d'élaboration de ces messages dans le champ de conscience des conjoints demeure variable. Le travail auprès de couples perturbés, de même que les recherches en psychologie de l'émotion, montrent toutefois que plus la charge affective des échanges est intense, plus les modes non verbaux ou corporels de communication prédominent. L'intervenant portera donc une attention particulière au décodage du langage corporel. Certaines émotions fortes mais réprouvées socialement, tels le mépris, le dégoût et la colère, ne se manifestent pas directement dans les échanges verbaux, mais elles infiltrent les attitudes corporelles et les mimiques. Or, les conjoints sont souvent insensibles à ces contradictions flagrantes.

Enfin, les comportements communicationnels efficaces sont aussi définis par le contexte de la relation. Ainsi, le retrait est souvent interprété comme un signe de désengagement dysfonctionnel. Pourtant, chez un conjoint violent physiquement ou psychologiquement, ce retrait peut signaler une capacité nouvelle et positive d'autorégulation des émotions. De même, chez d'autres, l'émission régulière de critiques bien appuyées peut indiquer la mise en route d'un processus constructif d'affirmation de soi.

À la fin du processus diagnostique, l'intervenant doit être en mesure de bien décrire et comprendre le style de communication des conjoints à propos de diverses thématiques : expression des frustrations et régulation des affects, stratégies de résolution de problème, qualité du dévoilement de soi et de la réponse d'écoute, coordination des besoins sexuels. Chez certains couples, ce style d'échange est facilement repérable

et il ne nécessite pas la mise en place de tâches interactionnelles spécifiques. Chez d'autres, la présence de traumas récents (p. ex., infidélité ou violence) réduit le caractère spontané des interactions où l'un des conjoints semble bâillonné.

Parfois, l'analyse de la communication requiert aussi, surtout chez l'intervenant débutant, une capacité de se désengager temporairement de la nécessité de gérer l'interaction conjugale. En effet, tout au long des entretiens conjoints, le clinicien est intervenu fréquemment pour réduire les tensions, prévenir les escalades, résumer le point de vue de chacun et promouvoir l'égalité du temps de parole. L'application de ces techniques est essentielle, mais dans certaines circonstances, elle contribue à créer une image biaisée de la relation et des compétences communicationnelles de chacun. Dans ce contexte, il est souvent utile de consacrer quelques minutes à l'observation du style de communication entre les conjoints, sans intervention extérieure.

Le recours à des tâches relationnelles structurées, à la fin du deuxième entretien conjoint, facilite l'atteinte de cet objectif. Ces tâches doivent être structurées à l'aide de consignes précises où les rôles de chacun sont délimités. Il existe plusieurs façons de procéder. Voici un exemple.

Vignette clinique

J'aimerais maintenant vous proposer un exercice qui va me permettre d'observer plus directement votre façon de communiquer, votre style naturel d'échange. Je vais vous demander de choisir une situation conjugale qui vous préoccupe et d'en parler le plus naturellement possible comme vous le feriez à la maison, en essayant d'oublier que je suis là. Je vais me reculer un peu pendant que vous interagissez. J'aimerais que vous discutiez ensemble, sans vous adresser à moi, pendant une dizaine de minutes, puis je vous arrêterai.

Le choix du thème de discussion est important. L'intervenant aide les conjoints à sélectionner une situation d'intensité conflictuelle moyenne, à partir d'un des questionnaires complétés précédemment ou des zones de tension qu'il a identifiées au cours des premières séances. La durée de l'exercice est fonction du jugement de l'intervenant. Chez les couples où la détresse est très élevée, quelques minutes de conversation (trois ou quatre minutes) suffiront pour cibler les principaux déficits communicationnels et les patrons d'échange. Il est rarement utile de prolonger cette période au-delà d'une quinzaine de minutes. La consigne peut aussi être modifiée pour tenir compte des objectifs d'évaluation de l'intervenant. Celle-ci peut être formulée plus spécifiquement et viser ce qui suit.

- Les habiletés de résolution de problème : « J'aimerais que vous essayiez de bien définir le problème et que vous tentiez de le résoudre, en trouvant une ou des solutions, comme vous le feriez à la maison. »

- Les habiletés d'écoute : « J'aimerais que durant les cinq premières minutes, vous, madame, tentiez de parler d'une préoccupation qui vous tient à cœur ; ça peut être en rapport à une situation conjugale, à votre travail ou à quelque chose de personnel. Votre rôle sera de vous exprimer le plus clairement possible pour que votre conjoint comprenne le fond de votre pensée. Vous, monsieur, votre rôle sera d'écouter votre conjointe le plus attentivement possible, de l'aider à clarifier ce qu'elle cherche à vous dire et de lui montrer, au fur et à mesure, ce que vous comprenez de ce qu'elle dit. Après cinq minutes, je vais vous arrêter et nous intervertirons les rôles. »
- Les habiletés d'échange positif : « J'aimerais que durant les prochaines minutes, vous, madame, vous tentiez d'exprimer à votre conjoint ce que vous appréciez vraiment de lui, en essayant de lui faire des compliments sur ses qualités, sur des gestes qu'il pose et que vous trouvez agréables et positifs. Votre rôle, monsieur, sera d'écouter votre conjointe le plus attentivement possible, de l'aider à clarifier ce qu'elle cherche à vous dire et de lui montrer, au fur et à mesure, ce que vous comprenez de ce qu'elle dit. Après cinq minutes, je vais vous arrêter et nous intervertirons les rôles. »

L'examen des compétences communicationnelles est mené en direct – le clinicien prend des notes pendant que les conjoints échangent – ou en différé si l'intervenant procède à l'enregistrement audio ou vidéo. Le décodage des observations s'effectue à l'aide de grilles théoriques et pratiques. Plusieurs de ces grilles ont été présentées au chapitre précédent : analyse topographique des comportements (p. ex., ratio positif/négatif), nature des patrons d'interaction (p. ex., poursuite/distance, indépendance/dépendance), stratégies secondaires d'attachement, collusions systémiques, relations d'objet dominantes, contrats interactionnels, dévoilement des émotions primaires et réponses appropriées du conjoint, traits de personnalité sous-jacents et ainsi de suite. Il existe aussi des grilles de décodage développées en recherche, allant des plus simples (Bélanger, Sabourin, Laughrea, Dulude et Wright, 1993) aux très complexes (Gottman et Notarius, 2000). Ces systèmes sont rarement utilisés en clinique, sauf par les intervenants affiliés à une équipe de recherche, car leur application nécessite une formation préalable et des ressources humaines considérables.

Voici, au tableau 2.1, une grille simplifiée d'analyse de la communication qui tient compte des comportements d'expression et d'écoute. Cette grille a été remplie par un clinicien observant un épisode d'interaction entre deux conjoints, France et Denis. Ce cas est décrit en détail plus loin. D'autres grilles traitant de la résolution de problème, des échanges affectifs et de la colère, sont présentées au chapitre 4.

TABLEAU 2.1
Observation de la communication : France et Denis

Six règles d'expression		
Règle	**Denis**	**France**
1. *Choisir un thème peu conflictuel au début*	Trop de sujets	OK
2. *Utiliser le « je » et ne pas s'exprimer avec des absolus : « J'ai l'impression que… »*	OK	Utilise le « on », le « nous », « les femmes » et « les hommes »
3. *Utiliser des messages courts*	Trop longs	Trop courts, renseignements toujours manquants
4. *Encourager à l'aide de questions*	Pose des questions, mais elles sont fermées, et adopte un non-verbal anxieux et « catastrophique »	Ses questions ont un ton amusé et moqueur. Elle rit implicitement des réponses de Denis qui, selon elle, vont être catastrophiques
5. *Renforcer l'écoute de l'autre*	Jamais	Jamais
6. *S'exprimer pour aider à comprendre et non pour convaincre*	Jamais	Jamais
Quatre règles d'écoute active		
Règle	**Denis**	**France**
1. *Le corps*	Non-verbal trop anxieux et intense	Non-verbal amusé et moqueur
2. *Encourager l'interlocuteur à parler*	Oui, mais avec trop d'insistance sur ces propres croyances et attentes ; interrompt l'autre	Non
3. *Résumer le message de l'autre*	Moyennement et fait de façon biaisée	Rarement et fait de façon biaisée
4. *Poser des questions lorsque vous n'avez pas saisi le message*	Oui, mais elles sont biaisées	Rarement et elles sont biaisées

8. LES QUESTIONNAIRES

Le recours aux questionnaires d'évaluation et aux tests psychométriques ne constitue pas une pratique généralisée en psychothérapie de couple. Par exemple, Snyder, Heyman et Haynes (2005), dans leur analyse récente des pratiques évaluatives fondées sur des données probantes en psychothérapie de couple, ne recommandent pas un ensemble précis de questionnaires à adopter en clinique. À ce stade-ci, ces auteurs estiment que la recherche sur ces divers instruments n'est pas assez avancée pour justifier l'élaboration d'une batterie standardisée spécifique.

D'autres invoquent des difficultés logistiques et financières pour expliquer leur décision.

1. Choisir les instruments les plus appropriés dans ce domaine précis en dépit de l'absence de recommandations scientifiques uniformes.
2. Obtenir la permission d'utiliser ces questionnaires et, si nécessaire, payer les redevances.
3. Traduire et valider ces mesures en français lorsque la situation l'exige.
4. Maîtriser les procédés de correction et d'interprétation de chacun de ces questionnaires en s'assurant d'éviter les erreurs et de respecter les normes professionnelles en vigueur (Standards for Educational and Psychological Testing, American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council for Measurement in Education, 1999).
5. Convaincre les conjoints de compléter les questionnaires.
6. Obtenir le remboursement des frais encourus par les conjoints, les responsables d'un programme d'aide aux employés ou la compagnie d'assurance.
7. Développer les compétences requises pour intégrer ces résultats aux autres données cliniques recueillies par le biais des entrevues conjointes et individuelles ou des contacts avec d'autres professionnels impliqués dans le dossier.

Devant ces obstacles, plusieurs décident de ne pas employer de questionnaires dans leur pratique professionnelle auprès de couples. La majorité des auteurs du présent ouvrage encouragent l'adoption de divers instruments de mesure dans leur pratique clinique. Il faut cependant préciser que ceux-ci ont développé des ententes de collaboration et de partage des données avec des chercheurs actifs en psychothérapie de couple ou sont eux-mêmes des chercheurs/cliniciens dans ce domaine. Ces partenariats chercheurs/cliniciens sont pour l'instant soutenus par certains organismes subventionnaires et ils ont donné naissance à des réseaux formels d'entraide. Le développement de ces pratiques en réseau conduit à une réduction des coûts du *testing* psychologique. Il assure aussi l'uniformisation de l'entrée des données et de la correction des questionnaires. Enfin, ce jumelage chercheur/praticien contribue à systématiser les pratiques d'interprétation et de communication des résultats de l'évaluation tout en contribuant au processus de validation clinique des instruments de mesure.

Notre proposition d'intégrer au processus d'évaluation un ensemble de questionnaires se situe à l'intersection des paradigmes d'évaluation psychologique traditionnels visant la cueillette unilatérale d'information et des modèles contemporains à visée collaborative et thérapeutique (voir Finn et Kamphuis, 2006, pour une discussion approfondie de ces visions). Elle se rapproche aussi des processus d'évaluation et d'intervention motivationnelle – et, plus spécifiquement, de la notion d'entrevue motivationnelle – mis au point par Miller (voir Miller et Rollnick, 2004, voir aussi le chapitre de Saint-Jacques et Nadeau dans le présent ouvrage) pour aider des clientèles typiquement résistantes au changement : trouble d'abus de substances psychoactives, clients colériques, trouble des conduites alimentaires et ainsi de suite. Enfin, notre proposition s'inspire aussi des travaux de Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen, et Smart (2003) sur les systèmes de monitorat et de contrôle de la qualité du travail thérapeutique à l'aide de questionnaires standardisés.

Concrètement, notre pratique consiste à administrer un certain nombre de questionnaires brefs lors de l'évaluation (et aussi subséquemment, mais nous n'aborderons pas cet aspect ici). Ce procédé se distingue de celui appliqué par Nurse (1999). Ce dernier préfère administrer aux conjoints le MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen et Kraemer, 1989), le MCMI-III™ (Millon, 1994) ou le 16PF (Cattell, 1949). Ces questionnaires ont tous une longue tradition en psychologie clinique et ils s'appuient sur un ensemble convaincant de données normatives. Toutefois, ces instruments comprennent de nombreux items et ils couvrent un nombre restreint de secteurs de la vie conjugale. C'est pourquoi nous employons un plus grand nombre de courts questionnaires qui évaluent plusieurs aspects du modèle psychopathologique causal plus complexe des troubles conjugaux présenté au chapitre précédent. Voici une courte description des principaux instruments de mesure utilisés.

L'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976) sert à mesurer la détresse conjugale ; les scores inférieurs à 107 indiquent une détresse clinique significative tandis que ceux qui sont inférieurs à 85 signalent une détresse conjugale très grave. Nous utilisons aussi une liste standardisée de problèmes conjugaux potentiels pour identifier les sphères de préoccupations relationnelles chez chacun des conjoints. L'Échelle de Hudson (1982) sert à évaluer la satisfaction sexuelle et des scores de 30 ou plus indiquent une détresse sexuelle significative. L'Échelle des tactiques de conflit révisée (CTS-2 ; Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996) sert à évaluer la violence physique, psychologique et sexuelle. Le Questionnaire d'évaluation de l'attachement (Brennan, Clark et Shaver, 1998) examine l'anxiété abandonnique et l'évitement de la proximité ; il permet de départager quatre styles : sécurisant, préoccupé, craintif, détaché. L'Indice des symptômes psychiatriques (Ilfeld, 1976) sert à déterminer le degré de détresse individuelle des conjoints ainsi que la présence de symptômes dépressifs, anxieux ou agressifs et de difficultés de concentration ; les scores standardisés supérieurs à 30 indiquent une détresse significative. L'Inventaire de personnalité NEO-FFI (Costa et McCrae, 1991) comprend 5 sous-échelles : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture, la

tendance à être consciencieux, l'amabilité ; des scores plus élevés que 55 ou inférieurs à 45 (scores T) révèlent la présence de formes plus extrêmes du trait. Enfin, nous employons aussi un questionnaire maison traitant de la consommation d'alcool et de drogues, du risque suicidaire et des traumas à l'enfance.

L'emploi de ces questionnaires comporte un bon nombre d'avantages.

1. Économie de temps : élimine la nécessité de poser un grand nombre de questions simples.
2. Création d'un score numérique à propos de dimensions psychosociales complexes (p. ex., détresse individuelle et conjugale), à l'aide de questionnaires possédant une validité et une fiabilité établies.
3. Comparaison de la détresse conjugale et individuelle en référence à des normes obtenues auprès de la population générale ou d'échantillons cliniques.
4. Identification de zones cliniques à approfondir lors des entrevues.
5. Analyse comparative sommaire du mode de fonctionnement des conjoints et des principales disparités sexuelles.
6. Dévoilement d'informations que la personne n'a pas osé communiquer lors des entrevues conjointes ou individuelles.
7. Enrichissement de la discussion lors de la séance de rétroaction à la fin du processus d'évaluation.
8. Établissement d'un profil de base dont l'évolution pourra être déterminée à différents moments au cours du traitement.
9. Élaboration d'un contrat thérapeutique qui tient compte de l'ensemble des particularités du profil psychosocial des conjoints.
10. Planification d'un traitement réaliste qui tient compte de la gravité de la détresse des conjoints. Plus la détresse est élevée, plus la réponse au traitement sera vraisemblablement lente.

L'intégration de ces questionnaires à un protocole d'évaluation diagnostique nécessite toutefois une bonne capacité de formulation d'hypothèses cliniques complexes qui réconcilient les données provenant de sources multiples. Voici quelques réflexions qui pourront guider le travail de l'intervenant.

8.1. L'évaluation de la détresse conjugale

A. Situation prototypique nº 1

Les résultats des deux conjoints à l'échelle d'ajustement dyadique sont cliniquement significatifs. Dans ces cas, le premier entretien conjoint a généralement fait ressortir un degré d'insatisfaction élevé chez les conjoints et l'intégration des données issues de l'entrevue et du questionnaire ne pose pas de difficultés particulières. Certains problèmes de gestion clinique peuvent se poser lorsque la détresse conjugale ressort avec plus

d'acuité dans le questionnaire qu'en entrevue. L'intervenant peut alors élaborer (et en discuter avec les conjoints) des hypothèses susceptibles d'expliquer cette disparité : *a)* la personne hésite à reconnaître l'ampleur de sa détresse devant le conjoint et elle choisit de faire connaître son opinion indirectement ; *b)* en complétant les questionnaires, la personne prend du recul et estime plus exactement l'ampleur de sa détresse conjugale.

B) Situation prototypique nº 2

Les conjoints obtiennent des scores à l'échelle d'ajustement dyadique qui les classent tous les deux dans la catégorie des personnes qui n'éprouvent pas de détresse conjugale. Ce constat s'explique de différentes façons : *a)* les conjoints viennent pour une consultation d'ajustement liée à des problèmes mineurs ou à un stresseur biographique passager, ou ils viennent à des fins de prévention ; *b)* les deux conjoints sont très compatissants (scores élevés à l'échelle d'amabilité du NEO-FFI) et ils ont une forte capacité d'inhibition des affects négatifs ; *c)* un des conjoints souffre de dépression ou d'anxiété et cette situation nécessite des accommodements déraisonnables, ou le trouble mental ne répond pas aux traitements classiques mais ces problèmes obscurcissent les problèmes conjugaux ; *d)* les conjoints sont fusionnels/enchevêtrés et ils craignent toute manifestation de colère ; ils viennent souvent en consultation en réaction à des difficultés vécues par leurs enfants ou à des problèmes qui semblent extérieurs au couple (relation avec les familles d'origine). La pertinence de ces hypothèses peut être vérifiée par une démarche de comparaison croisée avec les résultats obtenus à d'autres questionnaires d'évaluation (détresse personnelle, satisfaction sexuelle, personnalité). Nous avons souligné plus tôt que la détresse conjugale ne s'exprime pas toujours directement, mais qu'elle se manifeste plutôt par la détresse individuelle ou par la détresse des enfants.

C) Situation prototypique nº 3

Les scores de détresse conjugale des conjoints sont discordants : l'homme est plus satisfait que la femme ou vice-versa. Cette disparité peut avoir été notée lors des entretiens précédents ou elle peut ressortir davantage dans les questionnaires. Souvent, ces différences de perception s'expliquent en référence à des styles d'attachement opposés. Par exemple, le conjoint qui utilise massivement des stratégies de désactivation du système d'attachement obtient généralement des scores de détresse conjugale plus faibles que ceux de son conjoint. Ces disparités renvoient aussi parfois à des processus de résistance au changement et à des luttes de pouvoir au sein du couple. Le conjoint qui semble le plus satisfait peut minimiser sa détresse pour créer l'impression que c'est son conjoint qui veut des changements, que lui ne demande rien, qu'il désire simplement que son partenaire redevienne celui qu'il était auparavant et qu'en conséquence, c'est à l'autre d'accepter la situation actuelle ou de comprendre que ses attentes ne sont pas réalistes. Le conjoint le plus insatisfait peut accentuer sa détresse pour signaler le sérieux de ses

demandes au conjoint et pour sensibiliser l'intervenant à la gravité de la situation. Dans tous ces cas, ces disparités de perception signalent un désaccord relationnel fondamental et un problème majeur au sein de la relation.

8.2. L'évaluation de la détresse individuelle

La détresse conjugale et la détresse individuelle vont généralement de pair. Il n'est donc pas rare qu'un des conjoints (ou les deux) obtienne des scores cliniques significatifs, près du point de rupture, à l'Indice des symptômes psychiatriques. Lorsque ces scores dépassent nettement le point de rupture, l'intervenant explore plus rigoureusement les sources et les conséquences de cette détresse. La détresse individuelle peut alors découler des problèmes conjugaux, mais elle peut aussi révéler des problèmes d'épuisement professionnel, une dépression post-partum ou une réaction à des stresseurs traumatiques externes au couple : deuil, perte d'emploi, agression, harcèlement au travail. Cette analyse aidera à formuler des recommandations en fin d'évaluation. Dans tous les cas, l'intervenant examine le score obtenu à l'item traitant des pensées et des comportements suicidaires. Il prend les mesures qui s'imposent.

8.3. L'évaluation de la violence

L'analyse du CTS-2 s'effectue item par item. Dès qu'il y a indice de violence psychologique, physique ou sexuelle, l'intervenant s'assure de poursuivre l'évaluation en séance conjointe ou individuelle. Ce dernier format est particulièrement indiqué quand la sécurité d'un conjoint semble en danger. La minimisation chronique ou la négation de cette violence peut constituer une contre-indication à la psychothérapie de couple (pour plus de détails, voir le chapitre de Lussier et ses collaborateurs dans le présent ouvrage).

8.4. L'évaluation de l'attachement

Le questionnaire d'évaluation de l'attachement indique la propension à éprouver une forme d'anxiété abandonnique au sein des relations intimes ainsi que la tendance à éviter l'intimité. La combinaison des scores à ces deux échelles peut aussi mener à une classification en quatre styles d'attachement : sécurisant, préoccupé, craintif, détaché. Parfois, les scores de l'individu le classent à la frontière des catégories « sécurisant » et « insécurisant ». Dans ces cas, deux hypothèses peuvent être explorées en entrevue : *a)* ces scores limitrophes indiquent que, dans ses relations intimes en général, la personne est sécurisée, mais qu'avec ce conjoint particulier ses stratégies d'attachement sont préoccupées, craintives ou détachées ; *b)* ils indiquent qu'en général, la personne est sécurisée avec ce conjoint, mais qu'en situation de stress, ses stratégies d'attachement sont empreintes d'insécurité.

En général, les gens répondent au questionnaire d'attachement avec assez de précision pour permettre au clinicien d'identifier clairement leur style d'attachement. Toutefois, il est aussi possible que les conjoints idéalisent leur capacité à vivre l'intimité et à entrer en relation avec leur partenaire en s'attribuant à tort un style d'attachement sécurisant. Cette perception erronée peut résulter d'efforts conscients ou inconscients visant à lutter contre des traumatismes passés ou des expériences négatives d'attachement qui ont laissé des traces ou des blessures émotionnelles importantes. Cette distorsion peut aussi résulter d'une relation intime actuelle peu gratifiante que la personne préfère ne pas révéler au thérapeute. Dans de tels cas, le clinicien pourra facilement vérifier la validité du style d'attachement des conjoints en observant leur interaction. La capacité de chacun à entrer en contact avec son partenaire, à rechercher confort et protection, ainsi qu'à procurer, en retour, affection, soutien et disponibilité permettra de corriger la vision du style d'attachement se dégageant des réponses au questionnaire, en la remplaçant par une perception qui tient davantage compte de la réalité du couple.

8.5. L'évaluation de la personnalité

L'examen des scores à l'Inventaire de personnalité (NEO-FFI) peut être utile de plusieurs façons. Premièrement, il procure un profil multidimensionnel de la personnalité de l'individu qui peut expliquer les modes d'adaptation aux stresseurs conjugaux. Nous en avons discuté au chapitre précédent : certains traits accentuent la réactivité émotionnelle aux problèmes de couple, d'autres intensifient les risques d'impulsivité comportementale ou renforcent une tendance à l'antagonisme. Deuxièmement, l'analyse des scores renseigne aussi sur l'appariement des conjoints sur ces divers traits. Cela peut, quand les problèmes relationnels des conjoints semblent indéchiffrables, faciliter la formulation d'hypothèses à propos du patron dysfonctionnel d'interaction. Cette juxtaposition des traits peut aussi confirmer la présence d'un patron d'interaction qui a été observé en entrevue. Enfin, elle contribue à mieux préciser le rôle des traits de chacun dans le développement ou le maintien de la détresse conjugale : les conséquences relationnelles de l'hypersensibilité émotionnelle d'un conjoint sont parfois décuplées par l'introversion excessive de l'autre conjoint ou par sa négligence chronique.

Afin d'illustrer rapidement ces principes d'utilisation des questionnaires en psychothérapie de couple, nous présentons au tableau suivant les résultats obtenus par trois couples à trois instruments de mesure fréquemment employés. Ces trois couples sont choisis parce qu'ils ont conduit à l'élaboration de trois mandats thérapeutiques distincts : réduction de la détresse conjugale et réconciliation, résolution de l'ambivalence, gestion de crise.

La consultation du tableau révèle de fortes variations sur les plans de l'intensité de la détresse conjugale et individuelle. Les scores moyens de détresse conjugale sont tous inférieurs au seuil de signification clinique. Il en va de même pour les scores individuels de détresse conjugale, à l'exception du score de France. Certains des scores de détresse conjugale – ceux d'Henri et de Claire – sont franchement très détériorés et ils

correspondent aux scores observés chez des individus qui sont en processus de dissolution d'union. Le phénomène de disparité des scores de détresse conjugale dont il a été question plus tôt est à noter chez Denis et France. Les scores de satisfaction sexuelle indiquent presque tous la présence de problèmes cliniques et ils signalent, chez ces trois couples, la nécessité d'investiguer plus à fond cette sphère de la vie conjugale. La différence significative des scores de Denis et France mérite aussi d'être examinée de plus près. Sur le plan de la détresse individuelle, les profils sont variés. Dans chacun des trois couples, un des individus rapporte des symptômes notables de détresse psychologique mais les élévations des scores d'anxiété de Denis et les symptômes de dépression, d'anxiété et les problèmes de concentration chez Claire sont préoccupants. Nous avons aussi indiqué, en italiques, les scores où l'intervenant conclut que la personne sous-estime la gravité de sa situation. Dans le cas présent, deux des trois hommes semblent minimiser leur détresse psychologique. La prévalence de cette sous-estimation de la détresse chez l'homme est un phénomène bien documenté.

TABLEAU 2.2
Profil contrasté de trois couples sur trois questionnaires standardisés

	Moyenne (score clinique)	Couple en réconciliation		Couple ambivalent		Couple en crise	
		Denis	France	Henri	Charlotte	Donald	Claire
1. EAD	118 (100 et +)	**85****	*115*	**55*****	**92***	**90***	**48*****
2. ISP total	17 (30 et +)	**32***	18	9	**32***	*16*	**64****
ISP dépression	17 (30 et +)	25	17	7	40	*10*	**83****
ISP anxiété	17 (30 et +)	**52****	19	15	**30***	*15*	**58****
ISP concentration	17 (30 et +)	**30***	17	0	8	*25*	**67****
ISP colère	17 (30 et +)	5	16	8	**42***	*25*	**33***
3. ESS	17 (30 et +)	16	**35***	**50****	**69*****	**47***	**53****

Note : EAD = Échelle d'ajustement dyadique, ISP = Indice des symptômes psychiatriques, ESS = Échelle de satisfaction sexuelle.
* En détresse ; ** en très forte détresse ; *** en détresse extrême.
Scores en caractères gras : le score de la personne indique un degré de détresse cliniquement significatif.
Scores en caractères italiques : l'intervenant juge le score obtenu faible compte tenu de la détresse observée lors des entrevues.

9. LA SÉANCE DE RÉTROACTION

La séance de rétroaction constitue, dans le présent protocole, le point culminant de la période d'évaluation. Cette séance est structurée en trois étapes.

1. Présentation et analyse du bilan diagnostique.
2. Examen d'options thérapeutiques diverses, incluant l'absence de traitement.
3. Analyse des obstacles éventuels à un traitement et formulation d'un contrat.

9.1. Présentation et discussion du bilan diagnostique

Le degré de structuration de la présentation du bilan diagnostique varie beaucoup d'un intervenant à l'autre. Certains refusent d'endosser le rôle d'expert, craignant de déshumaniser la relation, d'encourager la passivité des conjoints et de cristalliser prématurément la réflexion des parties engagées. Chez ceux-ci, la transition de l'évaluation au traitement s'opère en douceur. L'intervenant explique en quelques phrases sa vision des difficultés, formule, si nécessaire, une recommandation de psychothérapie de couple, en précisant quelques objectifs généraux (améliorer la communication, mieux comprendre la dynamique conjugale), puis il débute l'intervention. La méthode proposée ici est à l'autre extrême du continuum ; elle comporte les avantages suivants.

1. Renforcement de l'alliance thérapeutique : en communiquant ses impressions diagnostiques, le professionnel s'implique activement dans la relation et il expose ses processus inférentiels à des fins de discussion. Cela rassure bien des conjoints méfiants ou simplement désireux de savoir ce qu'un spécialiste pense de leurs difficultés.
2. Optimisation des processus d'obtention du consentement éclairé : le consentement éclairé est un processus évolutif et chaque tentative de l'intervenant de partager ses impressions et d'en discuter constitue une occasion d'enrichir ce consentement.
3. Augmentation de l'espoir, de l'estime de soi et de la motivation à consulter : en affichant une vision nuancée et équilibrée des problèmes du couple, l'intervenant court-circuite, au moins temporairement, divers processus pathologiques qui alimentent les sentiments d'isolement et d'aliénation (attribution dysfonctionnelle, dévalorisation active et pensée dichotomique : « Tout est de ma faute ! »). Il aide aussi chacun à identifier ce qu'il peut et ce qu'il veut changer, ce qui lui redonne l'impression de contrôler une partie de sa situation.
4. Diminution des symptômes : en comprenant mieux la nature et les sources de leurs difficultés conjugales, les conjoints peuvent arriver à contenir, au moins pour un temps, les symptômes les plus graves de leurs problèmes, en attendant qu'un éventuel traitement donne des résultats.

La présentation du bilan comporte de nombreuses étapes : *a)* rappel des attentes et des motifs de consultation ; *b)* analyse descriptive des problèmes du couple ; *c)* gravité du trouble conjugal ; *d)* aspects positifs de la relation ; *e)* causes immédiates, intermédiaires et lointaines des problèmes relationnels. Elle prend d'abord appui sur les éléments les plus connus des conjoints pour s'achever par une analyse des aspects moins présents

dans le champ de conscience immédiat des conjoints. À chacune de ces étapes, l'intervenant s'assure de mener une discussion et non un entretien unilatéral. L'acquiescement actif, voire enthousiaste, des conjoints n'est pas un signe de participation suffisant.

La discussion productive est caractérisée par des interruptions, des demandes de précision, l'émission de réponses affectives crédibles, l'ajout de matériel significatif, sous forme d'exemples, et des désaccords (Clarkin *et al.*, 2006). Le silence d'un ou des deux conjoints doit être interprété, selon le cas, comme *a)* un signal de désaccord potentiel avec l'opinion exprimée par l'intervenant ou vis-à-vis la manière de formuler cette opinion ; *b)* un indice de réaction affective forte mais non élaborée ; *c)* une forme de soumission non réfléchie et aveugle à l'avis du professionnel ; *d)* un désengagement ou une chute de motivation à investiguer. Afin d'éviter ces difficultés, à chaque étape du bilan, l'intervenant vérifie les réactions de chacun des conjoints. La structure proposée pour organiser le bilan n'est évidemment qu'un guide à aménager en fonction des exigences de la situation et de l'orientation théorique du clinicien.

A. Rappel des objectifs de l'évaluation, des motifs de consultation et des principales questions que chacun se posait à propos de la situation conjugale

Le rappel des attentes et des motifs de consultation s'effectue en demeurant très près du langage utilisé initialement par les conjoints. Cette sensibilisation active (*priming*) prépare les conjoints à une analyse plus minutieuse de leur situation. Elle remet en mémoire divers éléments de base des problèmes du couple et elle évite à l'intervenant d'oublier des aspects significatifs des préoccupations de chacun. Il s'agit aussi d'une tâche qui permet à l'intervenant d'effectuer un travail plus systématique de différenciation et de valorisation des positions de chacun en soulignant les points de convergence et de divergence sur le plan des motifs de consultation et des attentes respectives. Quand ces perceptions diffèrent beaucoup, le clinicien souligne que de tels écarts à propos de la nature des problèmes, de leurs causes et de leurs solutions sont fréquents. Il souligne aussi que la prise de conscience de ces différences constitue une première étape cruciale vers le changement. Évidemment, l'intervenant vérifie s'il a bien compris et si les conjoints veulent ajouter des précisions.

B. Nature des problèmes de couple

En s'inspirant d'un schéma descriptif, l'intervenant spécifie sa vision des principales sources d'insatisfaction au sein du couple. La présentation porte sur sa perception de l'engagement, de l'intimité et de la passion, tout comme sur l'interaction entre les problèmes qui se manifestent dans chacune des ces sphères. Nous avons eu l'occasion, dans le présent chapitre et dans le chapitre précédent, d'énumérer une série d'indices subjectifs et objectifs qui signalent la présence de problèmes sur les plans de l'engagement, de l'intimité et de la passion. L'intervenant peut s'inspirer de ces indices pour

communiquer aux conjoints ce qui semble dysfonctionnel au sein de leur relation, en donnant des exemples concrets illustrant comment les problèmes d'engagement, d'intimité et de passion se manifestent au sein de leur couple. À ce stade-ci, la présentation se limite à une description des principaux problèmes conjugaux. Toutefois, dès que le bilan fait ressortir qu'au moins un des conjoints manifeste une bonne dose d'ambivalence vis-à-vis la poursuite de la relation – et donc un sérieux problème d'engagement –, l'intervenant garde à l'esprit qu'il devra peut-être modifier radicalement son plan de remise du bilan diagnostique, si la crise conjugale devient trop difficile à contenir.

C. Gravité des problèmes de couple

L'intervenant précise si, d'un point de vue clinique, les problèmes du couple sont significatifs. Plusieurs indices potentiels de gravité du trouble conjugal ont été présentés plus haut : nombre de sphères relationnelles atteintes, centralité des sphères atteintes, chronicité des difficultés, violence physique et sexuelle (risque homicidaire), problèmes individuels cooccurrents de santé mentale (risque suicidaire), la détresse émotionnelle des enfants. La discussion de la gravité du trouble conjugal s'enrichit si elle s'appuie sur des exemples concrets documentant le jugement de l'intervenant. Cette discussion suscite généralement, chez chacun des conjoints, des réactions affectives à explorer.

En quittant la démarche descriptive, le clinicien prend une position professionnelle susceptible de provoquer une rupture de l'alliance. Les conjoints ne jugent presque jamais le sérieux de leurs problèmes de la même manière. Le risque de créer un déséquilibre systémique n'est donc pas négligeable. De plus, l'instabilité de la situation et la charge émotionnelle vécue peuvent nécessiter le passage à un mode d'intervention de crise pour identifier des solutions immédiates à des problèmes concrets. En présence de risques suicidaires ou homicidaires et de graves problèmes de santé mentale, ou quand la sécurité ou le développement d'un conjoint ou d'un enfant sont compromis, diverses stratégies de gestion de crise sont préconisées. Nous présentons plus loin un exemple illustrant comment, dans ces cas, le protocole diagnostique peut être réaménagé pour tenir compte de ces situations.

D. Aspects positifs de la relation

Les entretiens initiaux montrent souvent, chez les conjoints, la présence d'un pessimisme généralisé et de sentiments d'impuissance. La séance de rétroaction offre l'occasion de contrer ce défaitisme de plusieurs manières. Voici quelques thèmes possibles qui peuvent être abordés avec les conjoints.

1. Souligner les forces de chaque individu (p. ex., capacité d'être un partenaire intellectuel, social, occupationnel ou sexuel stimulant ou sécurisant) et du couple (p. ex., capacité de faire équipe comme parent pour réconforter les enfants).

2. Décrire les aspects du fonctionnement conjugal qui procurent à chacun de la satisfaction.
3. Mentionner des exemples de stresseurs ou de conflits qu'ils ont résolus adéquatement au cours de leur relation.
4. Normaliser leurs réactions face à diverses situations, comme par exemple : « la majorité des couples vivent une baisse de libido et éprouvent de la difficulté à créer des moments intimes suite à la naissance du premier enfant ».
5. Expliquer que plusieurs facettes de leur conflit sont générées par des émotions, intentions ou motifs qui sont semblables et raisonnables.
6. Souligner que certains problèmes qu'ils perçoivent insolubles peuvent faire l'objet d'une amélioration significative.
7. Préciser que les difficultés du couple peuvent être décomposées en facteurs qui, selon le cas, *a)* peuvent être changés s'ils le désirent en y travaillant en thérapie ; *b)* ne peuvent pas être modifiés directement, mais dont l'impact peut être réduit en développant une nouvelle attitude de tolérance.
8. Souligner aux conjoints qu'ils peuvent développer certaines ressources en thérapie qui leur permettront de mieux composer avec leurs tensions.

E. Causes des problèmes conjugaux

La discussion des causes immédiates, intermédiaires et lointaines des problèmes relationnels met nécessairement en relief l'orientation théorique de l'intervenant. En psychothérapie de couple, certains systèmes priorisent les causes immédiates, d'autres les causes intermédiaires ou lointaines. C'est donc souvent à cette étape que le bilan diagnostique se particularise. Nous optons ici pour une approche inclusive que le clinicien modifiera selon ses besoins et les caractéristiques des couples qu'il rencontre.

Stresseurs récents

L'analyse porte dans un premier temps sur les stresseurs récents vécus par les conjoints. Ces événements vécus au cours des deux dernières années, qu'ils aient été prévisibles ou imprévisibles, sont généralement repérables assez facilement. Nous l'avons dit au chapitre précédent : tous les couples font face à des stresseurs développementaux spécifiques aux diverses étapes de la vie du couple et aux différentes sphères relationnelles touchées. Les exigences liées au développement et au maintien de l'engagement, de l'intimité et de la passion engendrent un nombre élevé de microstresseurs inévitables. À ces événements normatifs peuvent s'ajouter des stresseurs situationnels ou asynchrones que les conjoints ne peuvent prévoir. Ce sont généralement de tels événements qui taxent le plus lourdement et le plus immédiatement les capacités d'adaptation des conjoints. Il est important de les identifier et de discuter avec les conjoints du rôle que ces événements perturbateurs ont joué dans l'émergence ou l'intensification des problèmes de couple.

Causes behaviorales immédiates

Les causes behaviorales des problèmes de couple sont bien documentées et elles représentent une base de discussion intéressante pour expliquer *a)* quelles ont été les répercussions observables des stresseurs récents sur leur relation de couple ou *b)* comment elles se sont superposées à l'effet des événements biographiques perturbateurs. Voici les causes comportementales les plus typiques ; la présentation aux conjoints est adaptée en choisissant les facteurs les plus importants dans leur cas et en donnant des exemples de situations où les conjoints ont utilisé ces conduites :

- taux élevé de critiques hostiles (escalade) ;
- longueur des chaînes de comportements négatifs ;
- taux faible de comportements positifs ;
- ratio élevé de comportements négatifs en rapport aux comportements positifs ;
- réciprocité des comportements négatifs (coercition) ;
- érosion des renforcements.

Causes behaviorales et cognitives intermédiaires

La discussion porte ici sur les stratégies d'adaptation employées par les conjoints pour faire face au stress. Les diverses formes d'évitement affectif, cognitif et comportemental accentuent les répercussions des stresseurs sur les problèmes conjugaux. De même, les habiletés de dévoilement de soi, d'écoute et de résolution de problème constituent des facteurs étiologiques potentiellement importants à discuter avec les conjoints. Enfin, les attentes, les croyances irrationnelles et les normes personnelles expliquent parfois l'incapacité des conjoints de recourir à des compétences relationnelles qui sont déjà dans leur répertoire (Epstein et Baucom, 2002).

Causes interactionnelles

En général, les couples répondent mieux au bilan présenté si le clinicien réussit à identifier des patrons globaux de fonctionnement qui expliquent l'influence des stresseurs récents et des causes behaviorales et cognitives immédiates sur leur relation de couple. Nous avons décrit dans le présent chapitre et dans le précédent plusieurs patrons interactionnels typiques : poursuite/retrait, rationnel/émotif, dominance/soumission, responsabilité/contrôle, activité/passivité, indépendance/dépendance et ainsi de suite. La description de ce patron permet de mieux comprendre l'évolution de la relation entre les conjoints : attraction et choix du conjoint, méthodes de résolution des différences et des stresseurs, problèmes actuels sur les plans de l'engagement, de l'intimité et de la passion. Le choix des exemples utilisés pour illustrer ces patrons d'attachement, ces

collusions systémiques ou ces relations d'objet dominantes est délicat. Il s'agit de convaincre les conjoints de la présence de thèmes centraux expliquant leurs difficultés, mais aussi de générer de l'espoir et de soutenir la motivation de chacun à changer.

Causes lointaines

Les causes lointaines des problèmes de couple comprennent divers stresseurs biologiques et traumas psychosociaux, les traits de personnalité, les représentations d'attachement ainsi que le climat familial au sein duquel ces aspects personologiques se sont développés. À cette étape de la séance de rétroaction, l'intervenant tente, avec délicatesse, d'enrichir la réflexion des conjoints en contextualisant les problèmes conjugaux actuels à la lumière de ces référents historiques, développementaux et dispositionnels. Ce travail d'identification des causes lointaines facilitera : *a)* le travail d'acceptation et de tolérance des caractéristiques positives et négatives de la personnalité du conjoint ; il augmente en efficacité si chacun saisit l'origine familiale de ces traits et leur enracinement neurobiologique ; *b)* l'analyse et l'approfondissement des déterminants et des conséquences des processus attributionnels empreints d'égocentrisme, de méfiance et d'hostilité ; *c)* le repérage systématique des facteurs intrapsychiques qui soutiennent les patrons d'interaction rigides au sein du couple.

La présentation du bilan diagnostique pave la voie à la négociation d'un mandat thérapeutique et d'objectifs précis. Elle doit donc être menée avec franchise, respect et rigueur. De plus, le caractère interactionnel de cette discussion constitue une variable clé pour en prédire l'issue. Plus les conjoints participent activement à ce travail, plus le bilan contribuera à rehausser la motivation, à renforcer l'alliance, à minimiser les risques d'abandon prématuré de la démarche et à induire des changements thérapeutiques préliminaires. Les bénéfices du bilan diagnostique dépendent aussi de la capacité de l'intervenant à ajuster son analyse aux besoins et aux caractéristiques des conjoints. Les risques d'analyse sauvage et de stimulation affective excessive sont réels. Dans ce contexte, l'intervenant reste attentif aux réactions des conjoints et il s'assure, à plusieurs reprises, qu'ils sont disposés à poursuivre la discussion et que celle-ci sert leurs intérêts personnels et conjugaux. En cas de doute, il vaut mieux ralentir le rythme, quitte à prendre plus d'une séance pour présenter le bilan, ou réorienter la présentation en fonction des réactions observées chez les conjoints. Nous avons suggéré une méthodologie de présentation du bilan diagnostique fondée sur un enchaînement structuré d'étapes à suivre en séquence. Ce protocole n'est pas un carcan rigide à superposer à la situation du couple. Il constitue plutôt un guide général visant à manualiser certains éléments d'une démarche clinique complexe dont l'agencement reposera toujours sur le jugement de l'intervenant.

Avant d'entamer la négociation d'un mandat en psychothérapie de couple, l'intervenant examine avec les conjoints une série d'options cliniques et une hiérarchie de solutions adaptées à leur situation.

- *Aucun traitement*. La recommandation de ne pas entreprendre un traitement psychologique constitue, dans divers cas, une solution appropriée. L'absence de motivation chez les deux conjoints ou une faible capacité d'examiner les dimensions psychologiques de leurs difficultés personnelles et conjugales représentent parfois des obstacles insurmontables. L'ambition thérapeutique excessive et la grandiosité chez l'intervenant ne compensent généralement pas la motivation défaillante des conjoints. Dans ces cas, il vaut mieux reconnaître les limites des traitements psychologiques (surtout si plusieurs traitements précédents n'ont pas donné de résultats positifs) et s'abstenir d'entreprendre une démarche vouée d'avance à l'échec. Enfin, parfois, le synchronisme n'est tout simplement pas adéquat et les conjoints doivent régler divers problèmes financiers et juridiques avant de pouvoir vraiment bénéficier d'un traitement. L'examen de la recommandation de ne pas débuter un traitement psychologique nous semble d'autant plus important que souvent, en fin d'évaluation, elle correspond au désir d'un des conjoints, souvent celui qui cherche à éviter l'intimité. L'intervenant gagne donc à prendre les devants et à soulever la discussion lui-même.
- *Parler avec un ou des confidents*. La psychothérapie individuelle ou de couple n'est pas un substitut aux relations sociales. Certains couples vivent en vase clos et ils éprouvent surtout le besoin de sortir de leur isolement et de discuter avec d'autres adultes de leurs préoccupations. Ceux-ci sont encouragés à se joindre à des groupes de discussion et à participer à des activités où ils rencontreront d'autres couples qui partagent leur style de vie.
- *Bibliothérapie/Internet*. Il existe maintenant une diversité de manuels de bibliothérapie des problèmes de couple de très haute qualité (p. ex., Wright, 1990). Ces guides d'autotraitement regorgent d'outils de réflexion et d'exercices utiles en première ligne lorsque : *a)* les problèmes conjugaux sont récents et mineurs ; *b)* les conjoints manifestent une forte propension à l'autosuffisance et qu'ils font preuve d'autonomie fonctionnelle ; *c)* les partenaires se sont jusqu'à présent comportés de façon passive face à leurs difficultés et ils espèrent qu'un intervenant réglera les problèmes à leur place sans qu'ils aient à se mobiliser ; *d)* la situation financière du couple n'est pas propice à un traitement coûteux et les listes d'attente en milieu institutionnel sont longues.
- *Consultation médicale/hospitalisation/centre de crise/désintoxication*. En cas de crise majeure, la psychothérapie de couple doit parfois être repoussée jusqu'à ce que les dimensions médicales et psychiatriques de la situation aient été examinées plus à fond. Certains intervenants expérimentés disposent de compétences leur permettant de gérer simultanément les urgences suicidaires ou homicidaires et les problèmes familiaux. De même, les problèmes aigus et chroniques d'abus de substances psychoactives ne sont pas toujours compatibles avec la psychothérapie de couple (pour un examen de ces situations, voir le chapitre de Saint-Jacques et Nadeau).

- *Psychothérapie individuelle*. La présence d'un trouble mental grave, l'absence de motivation chez un des conjoints, l'existence d'un déséquilibre profond dans la distribution du pouvoir au sein du couple ne sont que quelques-unes des situations où un traitement individuel peut être préférable à une psychothérapie de couple. La psychothérapie individuelle représente aussi une solution valable lorsque les séances en couple aboutissent à une impasse ou que la violence physique, psychologique ou sexuelle compromet l'efficacité du traitement conjugal.
- *Psychothérapie d'enfant*. La psychothérapie d'enfant ne se substitue pas à la psychothérapie de couple mais dans plusieurs cas, elle constitue une mesure parallèle indispensable. La présence d'un trouble mental et de traumas chez l'enfant n'est pas toujours une conséquence directe des problèmes de couple. Ces situations doivent donc être traitées avec professionnalisme et compassion. Les conjoints sont parfois si lourdement sollicités par leurs problèmes personnels et conjugaux qu'ils minimisent ou négligent la souffrance de leurs enfants. De plus, même quand les difficultés des enfants résultent du trouble conjugal, elles doivent faire l'objet d'une attention explicite et de recommandations appropriées.

Ce n'est que lorsque ces options ont été examinées que l'intervenant discute avec les conjoints d'un mandat de psychothérapie conjugale et d'objectifs thérapeutiques.

9.2. La négociation d'un mandat et d'objectifs thérapeutiques

La négociation du mandat et la sélection d'objectifs font partie intégrante du bilan diagnostique (Poitras-Wright, 2006). C'est surtout à des fins pédagogiques que ces éléments sont présentés séparément. En effet, l'établissement d'un mandat et d'objectifs précis constitue, en soi, une tâche complexe qui présente de multiples défis. Le bon déroulement de cette phase nécessite le déploiement de plusieurs stratégies de gestion de l'alliance dans un contexte où plusieurs questions se posent : lequel des mandats thérapeutiques chaque partenaire veut-il poursuivre (améliorer son couple, résoudre son ambivalence, entamer une séparation) ? Est-ce que les deux partenaires peuvent s'entendre sur des objectifs globaux ? Est-ce qu'ils peuvent s'entendre sur des objectifs spécifiques (p. ex., cesser les disputes destructives, augmenter la confiance ou l'expression de l'affection) ? Est-ce qu'ils sont capables de déterminer d'un commun accord les objectifs prioritaires et la hiérarchisation de ces buts ? Est-ce que le clinicien partage l'avis des conjoints à propos de ces objectifs ? Comment arrivera-t-il à discuter des points de convergence et de divergence ?

Bien que les processus inférentiels sur ces multiples questions soient actifs dès les premières séances, sauf en cas de crise, les objectifs sont discutés concrètement lorsque le clinicien transmet le résumé de sa compréhension de la dynamique conjugale. Ce processus d'établissement d'objectifs explicites avec les couples à ce stade-ci de la

présentation du bilan se justifie de plusieurs façons. Le bilan diagnostique aide les conjoints malheureux et confus à mieux comprendre la source de leurs difficultés. Par le fait même, il crée de l'espoir. La présentation d'une vision explicative de leur dynamique dysfonctionnelle, suivie d'une description des objectifs thérapeutiques, réduit souvent significativement la fréquence de certaines conduites négatives. Enfin, les contenus abordés lors du choix d'un mandat et des objectifs de même que les caractéristiques de cette discussion (ouverture, transparence, processus de prise de décision égalitaire) amènent parfois les conjoints à mieux assumer leur part de responsabilité vis-à-vis les sources des problèmes conjugaux et les solutions à adopter pour remédier à ces difficultés. Ce processus d'appropriation et d'autoexamen des rôles de chacun recèle une importance cruciale en psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale, centrée sur les émotions, psychodynamique et systémique.

Le degré de compréhension et d'élaboration des déterminants de la détresse conjugale, des objectifs à poursuivre et des étapes à franchir pour atteindre ces buts varie beaucoup d'un couple à l'autre et, chez un même couple, d'un conjoint à l'autre. La négociation du mandat et des objectifs implique donc que l'intervenant dispose d'une connaissance approfondie des objectifs de chacun. Le processus de prise de décision est étroitement déterminé par la gravité de la situation des conjoints et par la disparité des perceptions de chacun, comme par exemple : *a)* ils sont mutuellement engagés et souhaitent améliorer leur relation ; *b)* ils souhaitent terminer leur relation ; *c)* ils sont ambivalents ou confus quant à la nature et à l'intensité de leur engagement face à la relation (Poitras-Wright, 2006).

En milieu institutionnel ou en clinique privée, l'absence d'une position consensuelle chez les conjoints pose fréquemment problème. En clinique universitaire, et surtout quand la psychothérapie de couple est entreprise dans le cadre d'une étude d'efficacité, les couples où l'ambivalence règne ou ceux chez qui la dissolution d'union est sérieusement envisagée sont exclus des protocoles de traitement. Donc, en règle générale, le premier objectif lors de cette phase de la discussion est d'aider les conjoints à en arriver à une entente quant à l'avenir de leur relation. Ce thème est abordé avec discernement et transparence.

Ces problèmes d'établissement d'un consensus se posent aussi parfois avec acuité chez bon nombre de couples qui désirent préserver leur relation. Deux situations types se présentent assez fréquemment. Premièrement, un des partenaires peut souhaiter augmenter la proximité affective et l'intimité au sein de la relation alors que l'autre préfère la distance et l'indépendance. Ces écarts sont traités de diverses façons. Selon la dynamique du couple, le clinicien souligne des pistes de conciliation de ces objectifs – augmenter l'intimité dans certaines situations et, à d'autres occasions, l'indépendance – ou il les présente comme des différences irréconciliables. L'intervenant peut aussi choisir de mettre en relief ces différences de priorité et suggérer de consacrer les premières séances du traitement à la résolution de ce problème : accepter ces différences,

atteindre des compromis. Si cette démarche échoue, le clinicien aide chaque individu à déterminer s'il désire poursuivre la relation ou s'il préfère poursuivre des objectifs personnels pour satisfaire ses besoins.

Deuxièmement, lorsque l'un des conjoints souffre d'un trouble mental spécifique (voir les chapitres subséquents sur plusieurs de ces troubles), la recherche d'objectifs consensuels soulève aussi des difficultés. Bien que les conjoints s'entendent pour tenter d'améliorer leur relation, l'intervenant éprouve parfois des réticences à se rallier à cet objectif. Par exemple, chez un couple où la femme est déprimée et l'homme apparaît très dominant, l'évaluation peut montrer que la dépression vécue par la femme est en grande partie reliée à un patron interactionnel de type dominance/soumission. Ce manque de contrôle se généralisant à plusieurs secteurs de vie – rareté des contacts sociaux, aménagements des horaires en fonction des besoins du mari, processus de prise de décision inéquitables à propos des finances de la famille – explique, selon le clinicien, les sentiments de désespoir et d'impuissance de la conjointe et la faiblesse chronique de son estime de soi. Par contre, les conjoints adoptent un système explicatif distinct. Ils croient que c'est l'incapacité de madame à accepter que son mari a le droit moral, à titre de chef de famille, de contrôler toutes les décisions qui est à la principale source des sentiments dépressifs éprouvés par madame. Le clinicien se voit alors dans l'obligation d'exprimer son pessimisme face au mode de formulation de l'objectif par les conjoints. Il exprime qu'à son avis, la dépression chez madame ne pourra se résorber si le mari continue de contrôler des facettes clés de la vie de sa conjointe. La discussion subséquente porte alors sur deux options : *a)* acquiescer à l'objectif des conjoints et entreprendre le traitement afin de vérifier la justesse des hypothèses de chacun ; *b)* cesser la démarche à cause de l'impossibilité d'en arriver à une entente à propos d'un mandat et d'objectifs thérapeutiques.

L'élaboration d'une entente sur la séquence des objectifs à poursuivre constitue une tâche importante dont le détail se particularise selon l'orientation théorique de l'intervenant et les facteurs étiologiques du trouble conjugal chez chaque couple. Le respect de certains principes de base est néanmoins recommandé. Le traitement débute généralement en tenant compte d'un objectif jugé important par les conjoints. Dans le cas contraire, la motivation chute rapidement. Cependant, chez certains couples, tant que les patrons destructeurs d'interaction se perpétuent, il n'est pas réaliste de prioriser certains objectifs des conjoints. Par exemple, souvent, l'amélioration de la qualité des échanges sexuels ne peut être entreprise s'il n'y a pas une réduction significative de l'hostilité et des progrès sur les plans de la communication et de la confiance mutuelle. Dans ces cas, le clinicien explique, avec compassion et fermeté, au conjoint concerné que la probabilité d'accéder à une vie sexuelle satisfaisante sera plus forte lorsque d'autres difficultés seront résolues. Enfin, à cause des contraintes de temps, certains objectifs sont nécessairement placés en début de séquence. Ainsi, certaines décisions

importantes – changer d'emploi, déménager – ou la mise en place d'un plan de traitement s'adressant spécifiquement aux difficultés psychosociales particulières d'un conjoint, doivent être discutées en début de traitement.

Voici trois exemples cliniques illustrant divers éléments du bilan diagnostique et du processus de négociation du mandat thérapeutique dans trois situations typiques : amélioration de la relation, résolution de l'ambivalence et gestion de crise. Les cas de dissolution d'union et de médiation sont traités plus loin dans le présent ouvrage.

A. Amélioration de la relation

Le mandat d'amélioration de la relation et de réduction de la détresse conjugale et individuelle paraît indiqué lorsque les partenaires formulent une demande conjointe de changer la dynamique intime ou affective de la relation. Ces mandats se répartissent généralement en trois classes distinctes. Cette catégorisation s'inspire directement du modèle théorique proposé par Poitras-Wright (2006) et des travaux empiriques de Tremblay *et al*. (à paraître).

- *Relation conflictuelle* : la détresse conjugale est flagrante chez au moins un des individus du couple et diverses interactions conflictuelles sont apparentes durant l'évaluation. Les deux partenaires veulent maintenir ou « sauver » la relation. Ils se disent toutefois en désaccord quant aux méthodes à employer pour atteindre cet objectif. Parfois, ils se sont entendus sur des pistes de solution mais ils ne sont pas arrivés à appliquer ces méthodes.
- *Relation où l'amour, l'affection et le désir se sont fortement atténués* : au moins un des partenaires, mais habituellement les deux, rapporte s'être éloigné progressivement de l'autre. Malgré tout, les conjoints désirent remédier à ces difficultés et revitaliser la relation. L'absence d'intimité émotionnelle s'observe aisément lors de l'évaluation. Celle-ci va de pair avec une forte propension à éviter les conflits et la confrontation, même lorsque les sources de désagréments sont nombreuses ou significatives.
- *Relation satisfaisante nécessitant des ajustements mineurs* : dans ce cas-ci, les deux partenaires sont satisfaits de la relation mais ils sont inquiets (ou un d'eux l'est) à propos d'une des facettes de la relation ou à propos d'un événement récent ou anticipé qui risque de perturber l'équilibre actuel (p. ex., une promotion qui nécessite un déménagement, un séjour prolongé d'un des conjoints à l'étranger).

Quand le mandat vise l'amélioration de la relation, le bilan prend la forme d'échanges bidirectionnels adaptés au langage et à la réalité des conjoints. L'approche de vente sous pression qui caractérisait les premiers textes de psychothérapie de couple

d'orientation cognitive-comportementale (Jacobson et Margolin, 1979) ne s'est généralement pas révélée efficace. Voici un extrait d'un bilan où le mandat s'oriente vers l'amélioration de la relation.

Denis (40 ans) et France (35 ans) cohabitent depuis six ans. Ils vivent en compagnie de Julie (17 ans), la fille de Denis, qui a été conçue lors d'un mariage précédent. Denis travaille comme journaliste à la pige et France œuvre en design commercial. Durant les quatre premières années, leur relation est assez intense et ils ont de nombreux échanges affectifs et sexuels. Cependant, depuis deux ans, plusieurs problèmes sont apparus. France est de moins en moins satisfaite sexuellement (voir le premier couple présenté au tableau 2.2), mais elle ne l'admet pas ouvertement devant Denis. Elle mentionne aussi qu'il n'assume pas sa part des tâches domestiques. Mais ce qui la tracasse le plus, c'est que Denis s'inquiète de tout, mais surtout de la stabilité de leur relation. Denis, pour sa part, soupçonne n'avoir jamais pleinement satisfait France sur le plan sexuel. Il pense qu'elle était en amour avec lui avant, mais elle lui semble de moins en moins disponible et ouverte à parler d'elle. Selon lui, ce n'est qu'une question de temps avant qu'elle ne le quitte pour un autre partenaire. Il a convaincu France de venir consulter avec lui, ce qu'elle accepte en ne renouvelant son adhésion qu'une séance à la fois.

À l'aide des informations présentées aux tableaux 2.2 et 2.3, le clinicien souligne les motifs respectifs de choix du conjoint, choix fondé originalement sur certaines similarités et différences complémentaires. Il précise cependant que ces différences

TABLEAU 2.3
Exemple d'un schéma descriptif des émotions, cognitions et comportements en dyade pour un couple en mandat d'amélioration de la relation

	Denis	France
Émotions	Anxiété, insécurité, dépendance.	Irritabilité, ennui, détachement émotionnel.
Cognitions	Notre relation est fragile. Il faut que je me mobilise.	Il est trop insécurisé. Il n'est pas disponible pour penser à moi.
Comportements problématiques	Il pose beaucoup de questions empreintes de nervosité. Il ne répond pas à ce que France dit, mais à ses propres hypothèses.	Elle montre de l'impatience et son langage corporel indique qu'elle a des préférences qu'elle ne verbalise pas.
Résumé d'une séquence interactive qui les rend malheureux	Il exprime de l'insécurité et déduit qu'elle l'aime moins. Il s'active fébrilement pour chercher des solutions qui sont fondées sur une faible connaissance de ce qu'ils vivent réellement.	France devient frustrée par rapport à ses démarches. Comme Denis est peu sensible à l'aspect interactif de leur problème, elle dénonce son insécurité et son insensibilité et commence à l'éviter.

commencent à provoquer des tensions et une incompatibilité qui deviendra éventuellement intolérable si rien n'est fait. Il propose un traitement centré sur leur capacité de communiquer à propos de multiples sujets, mais d'une manière qui leur permettra d'examiner certaines émotions et croyances, qu'ils gèrent de moins en moins bien. L'intervenant précise qu'après avoir atteint cet objectif centré sur une meilleure connaissance de soi et de l'autre, ce qu'il estime devoir prendre environ quatre séances, les rencontres pourraient porter sur leurs échanges affectifs, leur capacité à s'amuser ensemble et, éventuellement, leur sexualité.

Le clinicien insiste sur le fait que le choix du mandat et des objectifs thérapeutiques leur appartient et qu'il est primordial de respecter les valeurs de France, qui, au départ, n'a pas une ouverture naturelle vis-à-vis ce type de démarche. La réaction de Denis montre qu'il se sent très agité et enthousiaste, laissant peu de place aux réactions de France. La réponse de France laisse comprendre qu'elle n'est pas convaincue que le travail en couple sera pertinent ou efficace, mais qu'elle est prête à essayer pour quatre séances (la suite de cette consultation est présentée au chapitre 4).

B. Résolution de l'ambivalence

La documentation clinique sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques à privilégier quand un des conjoints est incertain de son attachement envers le conjoint et de son engagement relationnel est à peu près inexistante. La recherche menée par Tremblay *et al*. (à paraître) auprès d'une série de 60 de cas de psychothérapie de couple montre que la prévalence de ces situations s'élève à près de 20 %. L'expérience clinique confirme la justesse de cette estimation (Poitras-Wright, 2006). Ces couples quittent le traitement plus rapidement et ils optent parfois pour la séparation.

Henri, 40 ans est un avocat dont la carrière progresse très bien. Charlotte, 39 ans, maintenant à plein temps au foyer avec les trois enfants de moins de six ans, travaille comme gestionnaire de projet dans le domaine du spectacle. Ils sont référés par le psychologue qui traite Henri pour ses problèmes d'anxiété. Charlotte et Henri sont mariés depuis 10 ans, mais l'insatisfaction croît depuis quatre ans. Henri déplore le peu d'autonomie de Charlotte ainsi que sa tendance à le critiquer sans arrêt sans prendre en considération sa contribution financière majeure au bien-être familial. Comparativement à ses collègues plus carriéristes, il se considère beaucoup plus engagé face à la famille. Voici une partie du bilan que le clinicien présente aux conjoints :

Vignette clinique – Charlotte et Henri

Clinicien : Charlotte et Henri, j'ai apprécié votre franchise lors de nos séances d'évaluation. Tel que convenu, je vais vous résumer les grandes lignes de ce que l'évaluation révèle. Vous avez fait preuve d'énormément de complicité et de compatibilité lors de votre première année de

fréquentation à distance. Vous étiez chacun convaincus que l'autre était un être exceptionnel et vous avez jugé souhaitable de vous marier. Pour Charlotte, le déménagement à Montréal afin d'entreprendre une nouvelle vie avec Henri coïncidait avec la mort de sa mère, ainsi que l'abandon d'un cercle d'amies, de son père et d'un emploi. Dès cette première année, vous avez commencé à vivre des tensions autour de certaines thématiques, que vous n'avez jamais résolues. Charlotte, vous avez perçu qu'Henri était peu disponible, ni en temps, ni en empathie, et vous avez vécu cette transition difficilement. Votre nouvel emploi vous a satisfaite ou vous a aidée à tenir le coup jusqu'à ce que vous le quittiez après la naissance de votre deuxième enfant.

Henri, vous avez trouvé qu'elle manquait de débrouillardise, qu'elle était trop dépendante et se lamentait constamment sur son sort. Vous pensez que ces traits sont encore présents. Avec l'arrivée du deuxième enfant, qui a coïncidé avec la promotion d'Henri comme partenaire senior, l'écart entre vous deux s'est creusé.

Charlotte : Oui, ma fille plus âgée et moi croyons qu'il aime plus son emploi que nous.

Henri : Charlotte, tu montes Sophie contre moi.

Clinicien : (il fait du recadrage et valide chaque conjoint ; ensuite il dit :) Henri, depuis un an, même si vous trouvez Charlotte encore très belle, très intelligente et très bonne mère de famille, vous n'est pas certain de l'aimer comme avant et vous n'êtes pas certain que vous aller pouvoir ranimer votre amour.

Henri : Je tente toujours d'être le bon gars. Peut-être que j'ai trop gardé en dedans mes frustrations envers Charlotte. Quand je la vois, je ne fais qu'attendre qu'elle se lamente. J'ai peur que la chimie ne soit plus là. Nous avons passé une semaine de vacances et elle ne cessait de me critiquer. À un moment donné, j'ai décidé que c'était plus simple de la laisser décider de tout, mais je me suis retiré de plus en plus et ce n'était pas une semaine agréable. Je sens qu'avec Charlotte je n'ai pas de pouvoir et elle a le vilain défaut de me blâmer tout le temps. (Charlotte ne pleure pas, mais ses yeux et son non-verbal sont figés. Il est difficile pour l'intervenant de déterminer quelles sont les émotions ressenties.)

Clinicien : Henri, vous trouvez que vous êtes impuissant à résoudre une série de problèmes dans votre couple. D'un côté, vous vous demandez comment partager le pouvoir et faire des décisions équitables. D'un

	autre côté, vous ne savez pas quoi faire lorsque vous ressentez des sentiments de frustration face à Charlotte. Ce qui est probablement encore plus problématique pour vous deux, Henri, vous sentez que vous ne l'aimez pas comme avant et vous n'êtes pas certain que votre amour peut revenir.
Henri :	Je ne veux pas blesser Charlotte et c'est pourquoi je n'aborde pas les sujets controversés.
Clinicien :	Henri, vous vivez ce que nous appelons de l'ambivalence. Vous voyez encore pourquoi dans votre tête vous devez aimer Charlotte, mais vous ne ressentez pas l'amour dans votre cœur, du moins pas comme avant.
Henri :	Oui, vous avez bien compris.

Pendant la discussion qui s'ensuit, le clinicien explique les buts d'un mandat de gestion de l'ambivalence.

1. Mieux comprendre les perceptions de chacun quant à la nature et aux causes de l'ambivalence d'Henri et des sentiments de Charlotte face à leur relation. Ceci implique de les aider tous les deux à mieux comprendre l'évolution de leur dynamique d'attachement et les émotions en jeu.
2. Aborder, éventuellement, les facettes de leur relation que tous les deux désirent améliorer (dans leur cas, la communication, le partage du pouvoir, la gestion des conflits et l'augmentation des moments positifs ensemble) et entamer des projets de changement précis.
3. Envisager plusieurs alternatives, selon l'évolution des sentiments d'attachement de chacun : entreprendre une séparation constructive, décider de réinvestir dans leur couple ou apprendre à vivre avec une ambivalence non résolue.

À la fin de l'exposé, Henri semble soulagé, mais Charlotte a encore une expression faciale difficile à interpréter.

Vignette clinique – Charlotte et Henri

Clinicien :	Charlotte, que pensez-vous de ma description d'un travail sur l'ambivalence ?
Charlotte :	J'aurais aimé commencer à travailler à améliorer notre façon de communiquer, de résoudre nos conflits, et recommencer à faire l'amour, ça fait six mois que plus rien ne se passe !
Henri :	Voyez-vous, elle me critique encore.

Clinicien : Henri, je comprends que vous recevez ses paroles comme des critiques, mais en dessous, je crois qu'il y a des messages comme : Je t'aime encore, je m'ennuie de toi, j'ai peur que notre famille éclate. Dépêchons-nous de sauver notre couple.

Charlotte : Vous avez bien compris.

La suite de cette consultation est présentée au chapitre 4.

C. Gestion de crise

Claire et Donald sont référés par le médecin de famille de Claire. Lors du premier contact téléphonique, Claire fait état de la situation suivante : chacun en est à son second mariage et le début de la présente union remonte à quatre ans. Le couple a un garçon, Gaston, quatre ans, et Claire a une fille de sept ans, Émilie, issue d'un mariage précédent. Depuis un an, Claire a dû quitter son emploi comme vice-présidente d'une compagnie de finances puisqu'elle est handicapée par des douleurs chroniques aux hanches, au bassin et au dos. Jusqu'à présent elle n'a pas reçu de diagnostic, mais les spécialistes soupçonnent la présence d'un cancer. Claire affirme qu'ils ont des disputes quotidiennes depuis six mois, entre autres à propos des pratiques parentales, de la langue à utiliser avec les enfants (Claire est bilingue, mais Donald est unilingue anglophone), des rapports avec son ancien mari, Michel, et de la gestion des finances familiales. Elle rapporte être si découragée qu'elle se demande si une séparation ne serait pas plus saine pour elle et les enfants.

La première rencontre révèle un couple à la fin de la trentaine, d'apparence soignée. Donald semble être en bonne santé, mais Claire a les yeux cernés, semble épuisée et en douleur. Le clinicien résume ce qu'il a retenu de sa conversation téléphonique avec Claire et demande ensuite à Donald de présenter sa version de la situation actuelle. Celui-ci affirme qu'il a les mêmes préoccupations que Claire, mais mentionne qu'à son avis, elle dramatise tout. Il ne désire pas mettre fin à leur relation. Il prétend que, depuis que Claire a développé ses douleurs, elle est très impatiente et méfiante envers lui et trop permissive et indisciplinée avec les enfants. Claire l'interrompt en disant :

Vignette clinique – Claire et Donald

Claire : Tu penses que j'imagine mes douleurs, mais elles sont réelles, tu aides très peu à la maison et quand tu es là, tu cries après les enfants. Si tu n'arrives pas à te contrôler, je vais te demander de quitter la maison.

Clinicien : Je comprends que votre famille est dans une situation de crise. Je crois qu'il serait important de mettre toute autre question de côté aujourd'hui pour nous consacrer entièrement à définir quelle est la nature de la crise et quelle serait la meilleure façon de la gérer.

Claire : Il faut que je réponde à ses accusations non fondées.

Clinicien : Je suis certain que lorsque je connaîtrai votre histoire à tous les deux, je serai en mesure de comprendre les causes de ce type d'échanges blessants. Toutefois, pour le moment, je vous demande de ne rien exprimer à l'autre qui pourrait envenimer la situation et entraîner une escalade du conflit. Il serait préférable de n'adresser la parole qu'à moi et non à votre conjoint.

Pendant que chacun s'entretient avec le clinicien, Claire et Donald expliquent, plus calmement et sans se blâmer, les principaux éléments de la situation actuelle. Claire se sent seule, anxieuse et diminuée face à sa condition physique. Elle est très préoccupée des répercussions de leurs querelles sur le bien-être des enfants. Sa fille Émilie se plaint de douleurs mystérieuses à l'école, souhaite rester à domicile, mais écoute de moins en moins les consignes de sa mère. En plus, elle parle contre son beau-père, Donald, en affirmant que les trois (Maman, Gaston et elle) seraient mieux sans lui. Claire déplore que parfois Gaston imite Émilie à ce sujet, parle contre son père et est de moins en moins obéissant. Elle termine en disant qu'indépendamment de ce qui arrive, elle aime encore Donald. S'ils se séparent, ce ne serait que pour des différences irréconciliables et non par manque d'amour. Elle n'a pas parlé contre Donald devant les enfants. À l'exception de ses cris et de son manque de disponibilité, elle trouve qu'il est un bon père pour leur fils et sa fille. Donald, pour sa part, se dit découragé, mais pas prêt à laisser tomber. Il trouve que les trois priorités sont d'arrêter les disputes, surtout devant les enfants, les méthodes de discipline des enfants et la santé de sa femme, qui, selon lui, serait meilleure si elle dramatisait moins et si elle était moins négative. Il est blessé et choqué par les propos d'Émilie et il est certain qu'elle a appris ces phrases au contact de son père, Michel. Il est très frustré que sa femme ne corrige pas les propos d'Émilie et de Gaston. Il déplore qu'avant, ils semblaient faire partie de la même équipe, mais que ce n'est plus le cas depuis un an.

Lors des séances d'évaluation d'un couple en crise, le clinicien souligne les forces ou les bons gestes de chacun, fournit des explications et une mise en contexte de la situation de crise, tente de définir les priorités et amorce la recherche de solutions temporaires pour ces priorités. Voici des exemples de ce qui a eu lieu à la fin de la première session de couple.

Vignette clinique – Claire et Donald

Clinicien : Vous voulez tous les deux réduire la fréquence de vos disputes devant les enfants. Si vous complétiez une échelle d'événements stressants, votre famille dépasserait la limite supérieure pour la dernière année. Vous avez des difficultés à vous entendre quant à la façon d'aborder

plusieurs questions concernant les enfants. Certains problèmes se posent assez fréquemment, mais d'autres sont plus rares, tels les douleurs d'Émilie à l'école et les commentaires des enfants sur le style parental de Donald. J'aimerais explorer davantage ces thématiques avec vous en entretien individuel. Il me semble aussi qu'il faut que vous soyez solidaires face aux défis de santé de Claire. Pour l'instant, l'objectif le plus important à atteindre pour mieux gérer à très court terme ces crises familiales est de tout mettre en œuvre pour ne pas jeter de l'huile sur le feu. Est-ce que l'un de vous peut proposer des façons d'adopter une trêve dans une de ces zones de tensions, en attendant que nous complétions nos rencontres individuelles et une autre rencontre en couple ? J'aimerais aussi savoir quels sont les défis ou tensions que vous êtes prêts à mettre de côté jusqu'à ce que nous puissions en discuter en profondeur.

Claire et Donald proposent alors chacun des solutions temporaires pour éviter les disputes devant les enfants. Donald propose de ne plus élever la voix et Claire, de tenter d'appliquer de la discipline dans certaines situations. Les deux acceptent la recommandation du clinicien de ne pas aborder la question de la langue parlée par les enfants à la maison, ni de répondre aux commentaires d'Émilie face au style parental de Donald, jusqu'à la prochaine entrevue de couple. Au cours des prochains jours, ils vont rencontrer le clinicien dans le cadre d'entretiens individuels, Claire va transmettre au clinicien un résumé de son dossier médical par courriel ainsi qu'un rapport du pédopsychologue qui a évalué Émilie en raison de son absentéisme à l'école. Au besoin, le clinicien discutera avec son médecin de famille. Ensuite, il y aura une autre séance en couple. Nous insistons sur le fait que l'évaluation d'un couple en crise exige que le clinicien augmente le tempo et la quantité de son travail. Souvent, il doit assurer la concertation des professionnels impliqués au dossier. Voici un exemple du résumé présenté lors de la deuxième session dyadique.

Vignette clinique – Claire et Donald

Clinicien : Vous avez décidé ensemble d'avoir un enfant, Gaston, et vous avez ensemble décidé d'assumer la garde partagée d'Émilie. Depuis un an, vous avez vécu une série de stress qui aurait exténué n'importe quel couple. Depuis six mois, vous semblez jouer au sein de deux équipes parallèles qui n'ont pas toujours le même but (Claire commence à pleurer). Les émotions négatives s'accumulent, et avec le temps, les larmes de Claire, son découragement et son anxiété à régler la situation, sont remplacés par la colère et l'impatience, surtout lorsqu'elle est convaincue que la conduite de Donald accentue

sa souffrance. Quant à Donald, le stress ressenti face à une nouvelle carrière, ses soucis pour la santé de Claire et le développement des enfants sont énormes. Il me semble que vos pires disputes surviennent les soirs en semaine, entre le moment où Donald arrive du travail et l'heure de coucher des enfants. Claire, votre fatigue et vos douleurs sont les pires à ce moment ; Donald, vous aimeriez jouer un rôle plus actif, mais vous trouvez que Claire ne vous laisse pas de place. Claire, vous trouvez que Donald est trop strict et élève la voix trop vite avec les enfants. Comme je vous l'ai mentionné, d'ici trois semaines, je trouverais sensé que nous ayons une séance à cinq, afin que je puisse mieux comprendre votre dynamique familiale. D'ici là, je crois que si nous faisions une liste de tous les stresseurs qui peuvent survenir entre six et neuf heures, nous pourrions définir la nature du stress, les solutions possibles et ce qui peut être fait d'ici notre prochaine séance.

À plusieurs reprises, le clinicien interrompt le début d'un échange de critiques, de commentaires décourageants ou la poursuite des thèmes qu'il ne juge pas prioritaires. Le couple s'entend sur une approche commune quant aux privilèges à accorder aux enfants, quant aux habitudes alimentaires de la famille (heure des repas) ainsi qu'à propos de la gestion du sommeil des enfants (à quelle heure vont-ils se coucher et comment y seront-ils préparés ?). Les conjoints ont spécifié une série d'activités positives que Donald et les deux enfants pourraient poursuivre en soirée quand Claire prend des bains et ou fait du yoga, ce qui soulage sa douleur. Ils s'entendent pour que Donald ne réponde pas aux critiques et aux provocations d'Émilie, mais qu'il rapporte cet incident de façon prioritaire lors d'une prochaine séance en couple. Claire contactera un spécialiste en psychologie de la santé.

9.3. L'analyse des obstacles et la formulation d'un contrat

La séance de rétroaction s'achève par une discussion des conditions d'efficacité de la psychothérapie de couple et des obstacles qui risquent de surgir compte tenu des problèmes particuliers manifestés par les conjoints. Cette discussion prend souvent appui sur des questions spécifiques posées par un des conjoints, qui désire connaître les chances de succès du traitement conjugal. Parfois, les conjoints désirent des garanties explicites. Ils sont prêts à venir, même pour de longues périodes de temps, si l'intervenant les assure de résultats positifs.

Les modèles de pronostic en psychothérapie de couple ne sont pas fondés sur des données probantes définitives. En conséquence, l'intervenant adopte une attitude prudente, même s'il peut faire avec confiance les affirmations suivantes :

- La situation des couples en détresse qui ne consultent pas ne s'améliore généralement pas spontanément, sans intervention.
- Le pronostic varie énormément selon plusieurs facteurs : les éléments particuliers s'appliquant à leur couple sont mentionnés lors de la remise du bilan diagnostique.
- Les critères de réussite dépendent de la nature du mandat thérapeutique négocié : réduction de la détresse conjugale, résolution de l'ambivalence, séparation moins douloureuse, résorption de la crise suivie de la recherche d'un mandat commun.

La discussion du contrat thérapeutique précise, dans tous les cas, les responsabilités des conjoints et celles de l'intervenant (Clarkin *et al.*, 2006). Les responsabilités des conjoints comprennent la présence physique et la participation psychologique en séance, le paiement des honoraires et, si nécessaire, l'engagement à compléter divers exercices thérapeutiques à la maison. Les responsabilités de l'intervenant sont d'assister aux séances et de mettre en œuvre diverses méthodes d'intervention visant l'exploration, la compréhension et la modification d'éléments significatifs de la dynamique conjugale. L'intervenant veille aussi à préciser les éléments plus concrets du cadre thérapeutique : fréquence et durée des séances, modalités de paiement des séances, politique de gestion des retards et des absences. Plus le trouble conjugal est grave, plus cette discussion doit être complète. De même, lorsque les conjoints ont déjà bénéficié de traitements individuels et conjugaux, le clinicien met en relief avec plus de précision les points de divergence et de convergence entre ses modalités de fonctionnement et celles des intervenants précédents.

Cette discussion générale peut être suivie d'une analyse spécifique des obstacles qui risquent de compromettre le succès d'une éventuelle psychothérapie de couple. L'identification des obstacles procède d'un examen systématique des causes des échecs des traitements individuels et conjugaux précédemment entrepris : risques de rupture de l'alliance ou d'interruption prématurée de l'intervention, chute prévisible de motivation après une période initiale d'enthousiasme, attentes démesurées de changement, idéalisation malsaine de l'intervenant suivie d'une dévalorisation, etc. L'examen des facteurs qui ont présidé à ces résultats négatifs conduira à des mesures ou à des ententes qui viseront à minimiser l'influence de ces facteurs dans le présent traitement. Cette démarche d'identification des obstacles s'inspire aussi des observations effectuées lors de la période diagnostique : comment le conjoint évitant s'y prendra-t-il pour s'impliquer en thérapie ? Quelles sont les stratégies qu'il entend appliquer pour éviter de se désengager rapidement du traitement ? Quelles sont les manœuvres prévisibles que le conjoint plus anxieux (ou impulsif) adoptera pour contrôler sa réactivité émotionnelle ? Est-ce que les conjoints accepteront de discuter de leurs insatisfactions vis-à-vis le traitement le plus franchement possible dès qu'elles se manifesteront ? Quels sont les risques que les conjoints omettent de rapporter des événements importants et quelles seront les méthodes employées pour minimiser ces risques ? L'intervenant examinera aussi, avec

les conjoints, les paramètres à installer pour gérer les conduites impulsives qui pourraient faire déraper le traitement : consommation excessive d'alcool ou de drogues, troubles des conduites alimentaires, comportements suicidaires ou parasuicidaires (Clarkin *et al*., 2006).

Ce cadre de traitement n'est pas appliqué rigidement. Il jette plutôt les bases d'éventuelles discussions qui devront être entreprises lorsque ces problèmes se présenteront durant le traitement. En cas d'impasse, le clinicien peut recourir à ces éléments du contrat pour rappeler aux conjoints leurs engagements initiaux, pour vérifier s'ils sont conscients de leur tendance à s'écarter des ententes prises en début d'intervention, pour explorer les raisons qui les amènent à s'éloigner des conditions optimales d'efficacité du traitement et pour réaménager le traitement de manière à en maximiser les chances de succès (Clarkin *et al*., 2006).

CONCLUSION

L'examen des éléments d'un protocole structuré d'évaluation diagnostique en psychothérapie de couple met en relief la complexité des processus inférentiels activés chez l'intervenant durant cette période. Nous l'avons dit plus tôt, la phase évaluative comporte de nombreux défis et les erreurs de jugement commises se répercutent éventuellement sur l'efficacité et le rythme d'amélioration de la situation des conjoints. C'est pourquoi nous préconisons une conception multidimensionnelle et multi-méthodes de l'évaluation du couple. L'analyse approfondie des sources des problèmes d'engagement, d'intimité et de passion conduira à un plan d'intervention mieux adapté aux différentes facettes de la situation particulière des conjoints. L'objectif est maintenant de présenter les fondements d'un protocole d'intervention des mésententes conjugales.

RÉFÉRENCES

Allen, E.S., Atkins, D.C., Baucom, D.H., Snyder, D.K., Coop Gordon, C. et Glass, S.P. (2005). « Intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in engaging in and responding to extramarital involvement », *Clinical Psychology : Science and Practice, 12,* p. 101-130.

Amato, P.R. (2007). « Transformative processes in marriage : Some thoughts from a sociologist », *Journal of Marriage and the Family, 69,* p. 305-309.

Amato, P.R., Booth, A., Johnson, D.R. et Rogers, S.J. (2007). *Alone Together : How Marriage in America is Changing,* Cambridge, MA, Harvard University Press.

Amato, P.R. et Rogers, S.J. (1997). « A longitudinal study of marital problems and subsequent divorce », *Journal of Marriage and the Family, 59*, p. 612-624.

Atkins, D.C., Eldridge, K.A., Baucom, D.H. et Christensen, A. (2005). « Infidelity and behavioral couple therapy : Optimism in the face of betrayal », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73,* p. 144-150.

Bélanger, C., Sabourin, S., Laughrea, K., Dulude, D. et Wright, J. (1993). « Macroscopic marital interaction coding systems : Are they interchangeable ? », *Behaviour Research and Therapy, 31,* p. 789-795.

Brennan, K.A., Clark, C.L. et Shaver, P.R. (1998). « Self-report measurement of adult attachment : An integrative overview », dans J.A. Simpson et W.S. Rholes (dir.), *Attachment Theory and Close Relationships*, New York, Guilford, p. 46-76.

Butcher, J., Dahlstrom, G., Graham, J., Tellegen, A. et Kraemer, B. (1989). *MMPI-2 : Manual for Administration and Scoring,* Minneapolis, University of Minnesota Press.

Cano, A. et O'Leary, K.D. (2000). « Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* p. 774-781.

Cattell, R. (1949). *Sixteen Personality Factor Questionnaire,* Champaign, IL, Institute for Personality and Ability Testing.

Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H. et Simpson, L.E. (2004). « Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* p. 176-191.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. et Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality : Focusing on Object Relations,* Washington, American Psychiatric Publishing.

Costa, P.T. et McCrae, R.R. (1991). *NEO PI/FFI Manual Supplement for Use with the NEO-Personality Inventory and NEO Five-factor Inventory*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Cyders, M.A., Smith, G.T., Spillane, N.S., Fischer, S., Annus, A.M. et Peterson, C. (2007). « Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior : Development and validation of a measure of positive urgency », *Psychological Assessment, 19,* p. 107-118.

Dalpé, Y. (2006). *L'infidélité n'est pas banale,* Montréal, Québecor.

Del Boca, F.K., Darkes, J., Greenbaum, P.E. et Goldman, M.S. (2004). « Up close and personal : Temporal variability in the drinking of individual college students during their first year », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, p. 155-164.

Doss, B.D., Simpson, L.E. et Christensen, A. (2004). « Why do couples seek marital therapy ? », *Professional Psychology : Research and Practice, 35,* p. 608-614.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach,* Washington, American Psychological Association.

Finn, S.E. et Kamphuis, J.H. (2006). « Therapeutic assessment with the MMPI-2 », dans J.N. Butcher (dir.), *MMPI-2 : A Practitioner's Guide,* Washington, American Psychological Association, p. 165-191.

Friedlander, M.L., Escudero, V. et Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy : An Empirically Informed Guide to Practice,* Washington, American Psychological Association.

Gordon, K.C., Baucom, D.H. et Snyder, D.K. (2004). « An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs », *Journal of Marital and Family Therapy, 30,* p. 1-12.

Gottman, J.M. et Notarius, C.I. (2000). « Decade review : Observing marital interaction », *Journal of Marriage and the Family, 62,* p. 927-947.

Greiling, H. et Buss, D.M. (2000). « Women's sexual strategies : The hidden dimension of extra-pair mating », *Personality and Individual Differences, 28,* p. 929-963.

Guerin, P.J., Fay, L.F., Burden, S.L. et Gilbert Kautto, J. (1987). *The Evaluation and Treatment of Marital Conflict : A Four-stage Approach,* New York, Basic Books.

Gurman, A.S. et Fraenkel, P. (2002). « The history of couple therapy : A millennial review », *Family Process, 41,* p. 199-260.

Heisz, A. et LaRochelle-Côté, S. (2007). « Comprendre les différences régionales dans les heures de travail », document de recherche, 11F0019 nº 293, Ottawa, Statistique Canada, Direction des études analytiques.

Helén, I. et Yesilova, K. (2006). « Shepherding desire : Sexual health promotion in Finland from the 1940s to the 1990s », *Acta Sociologica, 49,* p. 257-272.

Hicks, T.V. et Leitenberg, H. (2001). « Sexual fantasies about one's partner versus someone else : Gender differences in incidence and frequency », *The Journal of Sex Research, 38,* p. 43-50.

Hudson, W.W. (1982). *The Clinical Measurement Package,* Homewood, IL, Dorsey Press.

Ilfeld, F.W. (1976). « Methodological issues in relating psychiatric symptoms to social stressors », *Psychological Reports, 39*, p. 1251-1258.

Jacobson, N.S. et Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy : Promoting Acceptance and Change in Couple Therapy,* New York, Norton.

Jacobson, N.S. et Margolin, G. (1979). *Marital Therapy : Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles,* New York, Brunner/Mazel.

Johnson, S.M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection,* New York, Routledge.

Josephs, L. (2006). « The impulse to infidelity and oedipal splitting », *International Journal of Psychoanalysis, 87*, p. 423-437.

Karpel, M.A. (1994). *Evaluating Couples : A Handbook for Practitioners,* New York, Norton.

Kernberg, O.F. (1995). *Love Relations : Normality and Pathology,* New Haven, CT, Yale University Press.

Kiefer, A. et Sanchez, D.T. (à paraître). « Men's sex dominance inhibition : Do men automatically refrain from sexually dominant behavior ? », *Personality and Social Psychology Bulletin.*

Kiefer, A., Sanchez, D.T., Kalinka, C.J. et Ybarra, O. (2006). « How women's nonconscious association of sex with submission affects their ability to orgasm », *Sex Roles, 55*, p. 83-94

Knapp, M.L. (2006). « Lying and deception in close relationships », dans A.L. Vangelisti et D. Perlman (dir.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships,* Cambridge, Cambridge University Press, p. 517-532.

Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M. et Mann, B.J. (2007). « Therapeutic alliance and treatment progress in couple therapy », *Journal of Marital and Family Therapy, 33,* p. 245-257.

Lamarre, M. et Lussier, Y. (2007). « Conflits et ruptures conjugales : Les psychologues se prononcent », *Psychologie Québec, 24*(1), p. 28-30.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D., Nielsen, S.L. et Smart, D.W. (2003). « Is it time to track patient outcome on a routine basis ? », *Clinical Psychology : Science and Practice, 10,* p. 288-301.

LaTaillade, J.J., Epstein, N.B. et Werlinich, C.A. (2006). « Conjoint treatment of intimate partner violence : A cognitive behavioral approach », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, *20*, p. 393-410.

Lemaire, J.-G. (2005). *Le couple : sa vie, sa mort,* Paris, Payot.

Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Toronto, New York, Bantam Books.

Miller, W.R. et Rollnick, S. (2004). « Talking oneself into change : Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, *18*, p. 299-308.

Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III Manual,* Minneapolis, National Computer Systems.

Nurse, A.R. (1999). *Family Assessment : Effective Uses of Personality Tests with Couples and Families,* New York, Wiley.

O'Leary, K.D. (2005). « Commentary on intrapersonal, interpersonal, and contextual factors in extramarital involvement », *Clinical Psychology : Science and Practice, 12,* p. 131-133.

Organisation mondiale de la santé. (2006). *Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health*, 28 au 31 janvier 2002, Sexual Health Document Series, Genève, OMS.

O'Sullivan, L.F. et Allgeier, E.R. (1998). « Feigning sexual desire : Consenting to unwanted activity in heterosexual dating activity », *Journal of Sex Research, 35,* p. 234-243.

Pinsof, W.M. (2002). « The death of "till death us do part" : The transformation of pair-bonding in the 20th century », *Family Process, 41,* p. 135-157.

Pinsof, W.M. et Catherall, D.R. (1986). « The integrative psychotherapy alliance : Family, couple, and individual therapy scales », *Journal of Marital and Family Therapy*, *12*, p. 137-151.

Poitras-Wright, H. (2006). *Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale,* Longueuil, Clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright Côté.

Previti, D. et Amato, P. (2003). « Why stay married ? Rewards, barriers, and marital stability », *Journal of Marriage and the Family, 65,* p. 561-573.

Renold, E. (2007). « Primary school "studs" », *Men and Masculinities, 9,* p. 275-297.

Rogge, R.D. et Bradbury, T.N. (1999). « Till violence does us part : The differing roles of communication and aggression in predicting adverse marital outcomes », *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 67,* p. 340-351.

Sanchez, D.T. et Kiefer, A.K. (à paraître). « Body concerns in and out of the bedroom : Implications for sexual pleasure and problems », *Archives of Sexual Behavior.*

Sanchez, D.T., Kiefer, A.K. et Ybarra, O. (2006). « Sexual submissiveness in women : Costs for autonomy », *Personality and Social Psychology Bulletin, 32,* p. 512-524.

Sanders, M.R., Markie-Dadds, C. et Turner, K.M.T. (1998). *Practitioner's Manual for Enhanced Triple P,* Brisbane, Families International.

Schooler, D. et Ward, L.M. (2006). « Average Joe's : Men's relationships with media, real bodies, and sexuality », *Psychology of Men and Masculinity, 1,* p. 27-41.

Snyder, D.K., Heyman, R.E. et Haynes, S.N. (2005). « Evidence-based approaches to assessing couple distress » *Psychological Assessment*, *17,* p. 288-307.

Spanier, G.B. (1976). « Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads », *Journal of Marriage and the Family, 38,* p. 15-28.

Standards for Educational and Psychological Testing, American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council for Measurement in Education (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*, Washington, American Educational Research Association.

Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S. et Sugerman, D.B. (1996). « The revised conflicts tactic scale (CTS2) », *Journal of Family Issues*, *17*, p. 283-316.

Tremblay, N., Wright, J., Mamodhoussen, S. et Sabourin, S. (à paraître). « An exploratory study on the link between pretherapy factors, mandates and outcome in couple therapy », *The American Journal of Family Therapy.*

Wang, P.S., Berglund, P.A., Kessler, R.C., Olfson, M., Pincus, H.A. et Wells, K.B. (2005). « Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Archives of General Psychiatry, 62*, p. 603-613.

Weeks, G.R., Gambescia, N. et Jenkins, R.E. (2003). *Treating Infidelity : Therapeutic Dilemmas and Effective Strategies,* New York, Norton.

Whisman, M.A., Dixon, A.E. et Johnson, B. (1997). « Therapists' perspectives of couple problems and treatment issues in couple therapy », *Journal of Family Psychology, 11,* p. 361-366.

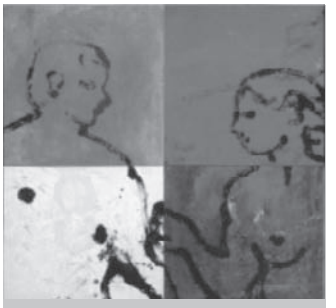
Whisman, M.A. et Uebelacker, L.A. (2006). « Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married or cohabiting adults », *Journal of Family Psychology, 20,* 369-377.

Whiteside S.P et Lynam, D.R. (1990). « The five-factor model and impulsivity : Using a structural model of personality to understand impulsivity », *Personality and Individual Differences, 30,* p. 669-689.

Wright, J. (1990). *La survie du couple*, Montréal, Les Éditions du Jour.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P. et Mamodhoussen, S. (2007). « The clinical representativeness of couple therapy outcome research », *Family Process*, *46*, p. 301-316.

Wright, J., Sabourin, S., Poitras-Wright, J., Lefebvre, D. et Lussier, Y. (2006). « Les problèmes de couple », dans O. Fontaine et P. Fontaine (dir.), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive,* Paris, Retz, p. 551-605.



CHAPITRE

3

ENJEUX ÉTHIQUES EN THÉRAPIE CONJUGALE

Geneviève Bouchard

1. QUESTION D'ÉTHIQUE

Étant donné l'augmentation du nombre de consultations en thérapie conjugale, le besoin de directives claires concernant l'éthique lorsque la thérapie est effectuée auprès d'un couple, plutôt qu'un individu, apparaît évident. En effet, si les enjeux éthiques, notamment les notions de consentement libre et éclairé et de confidentialité, sont complexes en thérapie individuelle, ils le sont encore plus en thérapie conjugale (Margolin, 1982 ; Wylie et Perrett, 1999). Par exemple, comment s'assurer d'obtenir le consentement du partenaire le plus réticent à s'engager dans un processus thérapeutique ? Ou encore, comment gérer la présence de secrets entre les deux partenaires ?

De plus, la thérapie conjugale place le thérapeute dans une position délicate, car il doit tenter de modifier une relation intime, déjà existante et bien établie, et modelée par le système de valeurs du couple (Wylie et Perrett, 1999). Quelle influence exerce alors le système de valeurs personnelles du thérapeute sur le processus thérapeutique ? Malheureusement, même si le psychologue conjugal connaît les différents codes d'éthique qui régissent sa discipline (p. ex., Ordre des psychologues du Québec, 2003 ; Société canadienne de psychologie, 2000), cette connaissance peut se révéler insuffisante pour faire face aux dilemmes éthiques particuliers qu'il risque de rencontrer en thérapie conjugale (Gottlieb, 1996 ; Margolin, 1982). Cette situation s'explique par le fait que les différents codes d'éthique considèrent généralement que le patient (ou le client) est une personne que le thérapeute rencontre en thérapie individuelle plutôt qu'un groupe de personnes que le thérapeute rencontre simultanément (Gottlieb, 1996).

Le tableau 3.1 répertorie tous les dilemmes éthiques qui seront abordés dans ce chapitre ainsi que la section où l'on en traite. Le thérapeute désireux d'évaluer ses connaissances en éthique est invité à lire ces différents dilemmes, à inscrire comment il réagirait face à chacun d'eux et à confronter ses réponses à celles que nous présentons.

1.1. Les différents codes de déontologie professionnelle

Le principal objectif des différents codes de déontologie professionnelle régissant la pratique des psychologues concerne la protection des individus ou des groupes qui consultent (American Psychological Association, 2002). Au Canada, l'encadrement de la pratique professionnelle relève d'organismes provinciaux ou territoriaux (Société canadienne de psychologie, 2000) qui proposent chacun son code de déontologie. Au Québec, il s'agit de l'Ordre des psychologues du Québec, qui a adopté son propre code de déontologie, alors que d'autres, comme le Nouveau-Brunswick, ont simplement opté pour celui de la Société canadienne de psychologie (2000, 2001). Nonobstant le fait qu'il s'agisse d'une compétence provinciale, la Société canadienne de psychologie s'est dotée d'un code de déontologie parce qu'elle souhaite « jouer un rôle de leadership, d'information et d'inspiration de façon à compléter le travail des juridictions provinciales » (2001, p. 2) et ce, parce qu'elle croit souhaitable que tous les psychologues canadiens soient guidés par un code de déontologie commun.

La particularité du Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues (Société canadienne de psychologie, 2000) est le classement des grands principes éthiques par ordre d'importance (Hadjistavropoulos, Malloy, Sharpe, Green et Fuchs-Lacelle, 2002). Ce classement par ordre d'importance est une façon de guider les décideurs dans les situations où les différents principes éthiques entrent en contradiction (Hadjistavropoulos *et al.*, 2002). Le premier principe éthique concerne le *respect de la dignité de la personne* et met l'accent sur les droits moraux des individus, notamment en ce qui concerne la confidentialité des informations dévoilées en thérapie et l'obtention par le thérapeute d'un consentement libre et éclairé de la part de ses clients. Le deuxième

TABLEAU 3.1
Liste des dilemmes éthiques abordés dans le chapitre

1. Vous êtes psychologue conjugal et vous vivez une rupture amoureuse ou un divorce. Vous craignez d'être moins efficace avec vos clients.	Section 2.1
2. Vous insistez pour qu'un de vos clients utilise un médicament en vente libre pour traiter son insomnie. Suite à la prise de ce médicament, votre client aboutit à l'urgence de l'hôpital.	Section 2.1
3. Après avoir débuté une thérapie conjugale axée sur l'apprentissage d'habiletés de communication, un des membres du couple dévoile qu'il est venu en thérapie pour régler les problèmes d'alcoolisme de l'autre partenaire.	Section 2.2
4. Un des deux partenaires d'un couple qui vous consulte pour une évaluation est plus réticent que l'autre à entreprendre une thérapie conjugale.	Section 2.2
5. Lors de l'évaluation conjugale, il est manifeste que les deux partenaires ont des systèmes de valeurs très différents de votre système de valeurs ou alors que les deux partenaires ont des systèmes de valeurs très différents l'un de l'autre.	Section 2.3
6. Vous constatez que le couple que vous suivez en thérapie conjugale veut travailler sur un objectif thérapeutique que vous jugez sexiste.	Section 2.3
7. Les conjoints d'un couple semblent plutôt décidés, quoique quelque peu ambivalents, à rompre leur relation, tandis que vous trouvez qu'ils ne devraient pas se séparer.	Section 2.3
8. Un des deux membres du couple rapporte des problèmes physiques incapacitants, comme des migraines, qui pourraient être causés en partie, mais non exclusivement, par une cause systémique.	Section 2.4
9. Un membre d'un couple que vous suivez en thérapie conjugale vous révèle être victime de violence de la part de l'autre partenaire.	Section 2.4
10. Une dame que vous suivez en thérapie conjugale vous téléphone entre deux séances pour vous révéler qu'après une soirée où son mari était seul avec les enfants, elle a trouvé dans le lit de sa fille de huit ans des taches ressemblant à du sperme. Elle a remarqué que sa fille pleurait souvent ces derniers temps.	Section 2.4
11. Un membre du couple vous dévoile uniquement à vous qu'il ou elle a un partenaire sexuel occasionnel autre que son conjoint ou sa conjointe.	Section 2.5
12. Un des deux partenaires d'un couple vous révèle lors d'une session d'évaluation individuelle qu'il ou elle a déjà eu dans le passé des relations extraconjugales.	Section 2.5
13. Un des conjoints que vous suivez en thérapie conjugale vous révèle uniquement à vous qu'il a une maladie transmissible sexuellement et que son partenaire n'est pas encore au courant.	Section 2.5
14. Vous êtes témoin de menaces de mort proférées par un membre du couple sur une autre personne.	Section 2.5
15. Le but d'un des deux partenaires devient en cours de thérapie de surmonter ses craintes face à un divorce éventuel alors que l'autre partenaire désire maintenir le statu quo à l'intérieur de la relation.	Section 2.6
16. La thérapie conjugale a des effets négatifs inattendus sur des membres de la famille élargie.	Section 2.6
17. Vous êtes attiré(e) sexuellement par un(e) de vos clients(tes) qui vous consulte pour une thérapie conjugale.	Section 2.7
18. Un contre-transfert face à un membre du couple menace votre objectivité et votre neutralité comme thérapeute.	Section 2.7
19. Vous œuvrez comme psychologue conjugal auprès d'un couple et leur relation se solde par une rupture. Un des deux partenaires vous demande d'agir comme expert pour lui dans sa cause de divorce.	Section 2.8
20. Vous traitez une cliente en thérapie individuelle et elle vous demande que vous la rencontriez en thérapie conjugale avec son mari, tout en poursuivant sa thérapie individuelle avec vous.	Section 2.8

principe a trait, quant à lui, aux *soins responsables* ; il suppose que le psychologue doit n'exercer (sans supervision) que les fonctions pour lesquelles ses compétences sont établies. Le troisième principe s'intéresse à *l'intégrité dans les relations*, tandis que le quatrième et dernier principe concerne la *responsabilité envers la société* (Société canadienne de psychologie, 2000). Le code d'éthique canadien reconnaît explicitement que les clients peuvent être des groupes ou des familles et fait référence à plusieurs reprises aux services psychologiques rendus à ces derniers (Société canadienne de psychologie, 2000, 2001). Cependant, il ne fournit pas de principes éthiques spécifiques à la thérapie conjugale.

Le code de déontologie de l'Ordre des psychologues du Québec (2003) propose pour sa part un principe éthique spécifique à la thérapie conjugale (principe 48) :

> Lorsque le psychologue exerce sa profession auprès d'un couple ou d'une famille, le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille doit être sauvegardé. Le psychologue doit garder secrets les éléments du dossier ou les informations qui proviennent de chacun des membres du couple ou de la famille.

Le code de déontologie de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006) inclut lui aussi un principe éthique similaire relatif à la thérapie conjugale (article 3.06.10) :

> Lorsque le travailleur social intervient auprès d'un couple ou d'une famille, le droit au secret professionnel de chaque membre du couple ou de la famille doit être sauvegardé. Le travailleur social garde secrets, si c'est la volonté expresse du client, les éléments du dossier ou les informations provenant de chacun des membres du couple ou de la famille.

Un autre code de déontologie influent est celui adopté par l'American Psychological Association (2002). Ce dernier est d'intérêt pour les psychologues canadiens puisqu'il reflète les pratiques de la plus grande association de psychologues au monde et que son influence s'étend bien au-delà des États-Unis. D'ailleurs, 2 000 psychologues canadiens sont membres de cette association professionnelle (Hadjistavropoulos *et al*., 2002). Ce code de déontologie propose, lui aussi, deux principes éthiques spécifiques à la thérapie des couples ou des familles. Ces derniers se lisent comme suit (principe 10.02) :

> *a)* Lorsque le psychologue consent à fournir des services à plusieurs personnes qui ont une relation entre elles (tels que les époux, les partenaires, ou les parents et les enfants), il prend les moyens nécessaires pour clarifier dès le début 1) quels individus sont les clients/patients et 2) la relation qu'il va avoir avec chacune de ces personnes. [Traduction libre.]

En thérapie conjugale, le couple est généralement désigné comme étant le client (Margolin, 1982).

> *b)* S'il devient apparent que le psychologue peut être appelé à jouer des rôles potentiellement conflictuels (par exemple, thérapeute familial et par la suite expert pour l'une des deux parties dans le cas d'un divorce), le psychologue doit prendre les moyens nécessaires pour clarifier certains rôles, les modifier ou s'en retirer de façon appropriée. [Traduction libre.]

Enfin, des regroupements américains et britanniques d'intervenants conjugaux et familiaux proposent aussi des codes d'éthique spécialisés pour ce type de thérapies. C'est le cas du code d'éthique de la British Association for Sexual and Relationship Therapy (2003) ou du code d'éthique de l'American Association for Marriage and Family Therapy (2001). Évidemment, seuls les membres de ces associations sont soumis à ces normes éthiques. Cependant, ces codes d'éthique spécialisés peuvent être une source d'information éclairante pour bon nombre de thérapeutes. Le thérapeute intéressé à se procurer ces deux codes de déontologie peut visiter les sites Web respectifs de ces deux associations (<www.basrt.org.uk>; <www.aamft.org>). Le code de déontologie de la British Association for Sexual and Relationship Therapy est d'ailleurs disponible gratuitement sur son site Web. Celui de l'American Association for Marriage and Family Therapy peut être commandé directement à partir du site Web de l'association.

1.2. Les étapes à suivre lorsque le psychologue conjugal confronte un dilemme éthique

Le processus de prise de décision éthique peut s'effectuer très rapidement et permettre de résoudre facilement certains problèmes éthiques. Par ailleurs, d'autres problèmes, notamment ceux qui mettent en opposition les différents principes éthiques, ne se règlent pas si aisément et peuvent requérir des délibérations plus longues (Société canadienne de psychologie, 2000). Le code canadien propose une série de 10 actions décrivant la démarche typique du processus de décision éthique. Ce processus par étapes est d'ailleurs un autre trait distinctif du code canadien (Hadjistavropoulos et Malloy, 2000) et est analogue à une stratégie typique de résolution de problèmes. Cette série d'étapes concrètes pourrait malencontreusement confirmer une impression répandue chez les psychologues et les intervenants, à savoir que le processus de décision éthique est mécanique, ce qui n'est évidemment pas l'intention des auteurs (Hadjistavropoulos et Malloy, 2000).

1. Reconnaître les personnes et les groupes pouvant être touchés par la décision, qu'il s'agisse d'un ou des deux membres du couple ou des membres de la famille élargie.

2. Sélectionner les questions et les pratiques éthiques pertinentes. Par exemple, s'agit-il d'un problème de compétence professionnelle, de contre-transfert ou de rôles conflictuels ?
3. Examiner dans quelle mesure les partis pris, le stress ou l'intérêt propre d'une personne pourraient influencer l'élaboration ou le choix d'une ligne d'action. En thérapie conjugale, il s'agit souvent de s'assurer que les intérêts des deux partenaires sont considérés dans la prise d'une décision (Hiller, 1999).
4. Élaborer différentes lignes de conduite, c'est-à-dire réfléchir à toutes les façons possibles de régler le dilemme éthique.
5. Analyser les risques, immédiats, à court ou à long terme, pour chacune des lignes de conduite et ce, pour toutes les personnes susceptibles d'être touchées par la décision, par exemple chacun des partenaires. Si une solution ne rencontre pas les normes éthiques, elle peut alors être éliminée (Hadjistavropoulos et Malloy, 2000).
6. Choisir la meilleure solution parmi tous les choix évalués à l'étape précédente. Ici, il faut considérer la possibilité qu'une décision, même idéale, ne puisse, pour une multitude de raisons, être implantée (Hadjistavropoulos et Malloy, 2000).
7. Passer à l'action et appliquer la solution choisie tout en s'engageant à accepter la responsabilité des conséquences de cette action.
8. Évaluer les résultats de son action.
9. Assumer la responsabilité des conséquences de la décision prise et remédier rapidement aux conséquences négatives.
10. Prendre les mesures appropriées afin d'éviter que le dilemme ne se reproduise (Société canadienne de psychologie, 2000, 2001). Par exemple, il pourrait s'agir de modifier les procédures de routine pour l'obtention du consentement libre et éclairé chez les deux partenaires en introduisant une clause supplémentaire au formulaire de consentement. Les différents codes de déontologie encouragent également les psychologues qui doivent prendre des décisions éthiques difficiles à consulter préalablement des collègues ou tout groupe ou comité approprié (Société canadienne de psychologie, 2000, principe III.38).

2. PRÉSENTATION DE DILEMMES ÉTHIQUES PARTICULIERS

2.1. La compétence professionnelle du thérapeute et l'acquisition de connaissances

Il est clairement indiqué dans les divers codes de déontologie professionnelle que le psychologue ne doit pas entreprendre de travaux professionnels pour lesquels il n'est pas suffisamment préparé (Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 6). En outre, il doit non seulement n'exercer que les fonctions (sans supervision) pour lesquelles sa compétence est établie, mais il doit aussi s'assurer de maintenir sa compétence dans

son ou ses domaines de spécialisation (American Psychological Association, 2002, principes 2.01 et 2.03 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principes II.6-II.9 et III.4). La compétence du thérapeute est centrale puisqu'elle est reliée à sa capacité à assurer le bien-être de son ou ses clients (Denton et Walsh, 2001). Il est reconnu que l'acquisition de connaissances peut se faire dans le cadre de cours formels, d'étude individuelle, de formation appliquée ou de supervision, selon les besoins de la personne (Société canadienne de psychologie, 2001).

Illustrons maintenant le principe de compétence à l'aide de la vignette suivante :

Vignette clinique

Un couple consulte en thérapie conjugale. Un des deux partenaires se plaint d'insomnie sévère due à une humeur dépressive consécutive à ses problèmes conjugaux. Le thérapeute suggère fortement à cette personne d'utiliser pour traiter son insomnie un médicament aux herbes recommandé par un autre de ses clients. Il ferait des merveilles, paraît-il. Le client essaie le médicament en question, ce qui lui vaut une consultation à l'urgence de l'hôpital. Comment cette situation embarrassante aurait-elle pu être évitée ?

Il est clair que le thérapeute aurait gagné à référer son client à un médecin ou un pharmacien, plutôt que de le conseiller lui-même. Si le thérapeute choisit de discuter avec son client de problèmes médicaux extra-thérapeutiques, comme c'est le cas ici, ou de problèmes légaux, le thérapeute doit être très clair sur le fait qu'il ne donne pas de conseils sur ces sujets, mais qu'il peut aider le client à explorer diverses options afin d'éclairer sa décision.

Le principe de compétence est particulièrement important pour les psychologues conjugaux puisqu'ils doivent, aux plans théorique et procédural, acquérir une expertise différente de celle qui est requise en thérapie individuelle (Margolin, 1998). De plus, face aux multiples changements sociaux qui viennent constamment modifier la nature des relations intimes ainsi qu'aux percées rapides des théories et des pratiques en psychologie conjugale, le thérapeute spécialiste du couple doit constamment évaluer ses compétences professionnelles et ses valeurs personnelles (Magee, 1997 ; Société canadienne de psychologie, 2001).

Il doit donc acquérir les compétences et les habiletés nécessaires pour travailler conjointement avec les deux membres du couple et ce, tant au plan de l'évaluation qu'à celui du traitement des problèmes relationnels (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principe 3.1 ; Magee, 1997) : l'attachement chez l'adulte ; les styles de communication ; la résolution de conflits ; la violence conjugale ; le divorce ou la séparation ; le remariage ; la sexualité humaine et les relations homosexuelles (Magee,

1997 ; Margolin, 1998 ; Woody et Woody, 2001b). De l'avis de plusieurs, l'observation d'un thérapeute expérimenté en thérapie conjugale ne constitue pas une formation suffisante (Magee, 1997). Le psychologue conjugal doit plutôt avoir comme norme l'utilisation de traitements dont l'efficacité a été démontrée empiriquement (Denton et Walsh, 2001).

Il existe également un consensus sur le fait qu'une formation spécialisée en thérapie conjugale ne doit pas se faire au détriment d'une formation de base en évaluation et en traitement des problèmes individuels (Magee, 1997 ; Margolin, 1998). Ainsi, des compétences sur la psychopathologie, les théories de la personnalité ou le développement humain s'avèrent essentielles (Denton et Walsh, 2001 ; Magee, 1997), car la tâche du psychologue conjugal consiste d'abord à diagnostiquer les problèmes à la fois au plan des interactions et au plan individuel. Il lui suffira ensuite de déterminer si les interventions devraient avoir pour but de modifier le système, l'individu ou les deux à la fois (Margolin, 1998).

Le psychologue conjugal, comme les autres psychologues, devrait également demander l'aide qui s'impose ou interrompre son activité professionnelle lorsqu'un état physique ou psychologique diminue sa capacité d'agir pour le bénéfice d'autrui (American Psychological Association, 2002, principe 2.06 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe II.11). Il doit aussi s'occuper de son propre bien-être pour prévenir les états psychologiques qui pourraient venir modifier son jugement et amoindrir sa capacité à aider (American Psychological Association, 2002 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe II.12). Prenons l'exemple suivant. Un psychologue conjugal qui vivrait une rupture amoureuse ou un divorce pourrait éprouver de la difficulté à venir en aide à ses clients. S'il y a un risque que la situation particulière qu'il vit altère son jugement clinique, il est alors souhaitable qu'il sollicite l'aide d'un professionnel. Il doit aussi déterminer la pertinence de limiter ou de suspendre temporairement ses activités (American Psychological Association, 2002, principe 2.06). Si tel est le cas, il devra référer ses clients à un autre thérapeute (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principe 1.10) ou poursuivre ses activités professionnelles sous supervision continue jusqu'à ce que sa situation personnelle se soit stabilisée.

2.2. Le consentement libre et éclairé des partenaires

Selon l'Ordre des psychologues du Québec (2000), le consentement qu'accepte de donner un client, au début d'une intervention, constitue une étape obligatoire avant que le psychologue n'amorce son mandat. La thérapie conjugale ne fait pas exception à cette pratique et le consentement des deux partenaires devrait être obtenu préalablement à la thérapie (Margolin, 1982). En plus de la raison éthique, l'obtention du consentement des deux partenaires renvoie un message thérapeutique important : aucun membre du couple n'est considéré comme étant « la » personne problématique (Margolin, 1982).

La doctrine du consentement cherche à protéger l'autonomie individuelle et l'autodétermination des patients ou clients éventuels. Cette doctrine a été créée à la suite d'abus perçus dans les relations entre des professionnels de la santé et ceux à qui ils dispensent leurs soins (Gottlieb, 1996 ; Tymchuk, 1997). Selon Gottlieb (1996), l'obtention du consentement améliorerait l'efficacité du traitement, puisque l'autonomie des clients est respectée. Il est important de souligner qu'elle doit être perçue comme un processus dont l'objectif est de parvenir à établir les bases d'un travail de collaboration et non comme de simples signatures sur un formulaire (Société canadienne de psychologie, 2000, principe I.17). Enfin, bien que l'obtention du consentement soit habituellement reconnue comme une procédure précédant la thérapie, il est plus adéquat de la percevoir comme un processus continu qui peut être soumis à des réévaluations et des réajustements (Caudill, 1998 ; Gottlieb, 1996 ; Margolin, 1998). Ainsi, il peut être nécessaire d'obtenir le consentement des clients à plus d'une reprise si le mandat de la thérapie change en cours de route (Woody et Woody, 2001b).

Le consentement devrait à la fois être libre et éclairé. Par consentement éclairé, il est entendu que toutes les informations qu'une personne raisonnable et prudente aimerait connaître avant de prendre une décision devraient être fournies au moment d'obtenir le consentement (American Psychological Association, 2002, principe 3.10 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe I.23). Pour respecter le principe du consentement libre, il s'agit de prendre tous les moyens raisonnables pour s'assurer que le consentement n'a pas été donné sous l'influence de la coercition, de la contrainte ou d'une récompense indue (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principe 1.2 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe I.27).

Quelles informations devraient généralement être présentes dans un formulaire de consentement en thérapie conjugale ? Il importe que ce formulaire spécifie :

a) le but et la nature de l'intervention, ce qui implique généralement de spécifier qu'en thérapie conjugale, la thérapie se fera avec les deux partenaires ;
b) les rôles et les responsabilités propres au psychologue et aux clients ;
c) les avantages, les conséquences et les risques découlant de l'intervention ou de l'absence d'intervention ;
d) les bénéfices que les conjoints peuvent espérer suite à la thérapie ;
e) les solutions de rechange à la thérapie conjugale qui pourraient donner des résultats similaires ;
f) le droit des clients de se retirer de la thérapie ou de l'évaluation à n'importe quel moment sans que cela ne leur cause de préjudice ;
g) les qualifications professionnelles du thérapeute ;
h) les éléments contractuels concernant par exemple le paiement des honoraires, les modalités entourant l'absence d'un ou des partenaires à un rendez-vous fixé, ainsi que la durée, le nombre et la fréquence des sessions (American

Psychological Association, 2002, principe 10.01 ; Caudill, 1998 ; Margolin, 1982, 1998 ; Ordre des psychologues du Québec, 2000 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe I.24 ; Tymchuk, 1997).

Enfin, le thérapeute qui désire enregistrer les interactions conjugales de ses clients sur bande audio ou vidéo doit au préalable obtenir leur autorisation (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principe 1.12 ; Ordre des psychologues du Québec, 2000, 2003, principe 47). Un exemple de formulaire de consentement pouvant être utilisé en thérapie conjugale est fourni en annexe.

Tel que souligné précédemment, il est important que le thérapeute spécifie son rôle dans la thérapie conjugale, car la promotion du bien-être de chaque client est complexifiée en thérapie conjugale du fait que ce qui semble dans le meilleur intérêt de l'un des partenaires peut être défavorable à l'autre. Il est généralement aidant que les clients sachent dès le début que leur intérêt personnel sera considéré et qu'ils auront plusieurs occasions d'exprimer leur point de vue respectif. Cependant, il est également important de souligner aux partenaires qu'en dépit des efforts du thérapeute pour tenir compte des deux perspectives, la thérapie pourrait sembler mal équilibrée à certains moments (Margolin, 1982).

Il peut parfois être contre-indiqué d'expliquer en détail les techniques utilisées en thérapie conjugale lors de l'obtention du consentement des partenaires (Woody et Woody, 2001b). Par exemple, si le thérapeute utilise un modèle stratégique où il mobilise les tendances oppositionnelles d'un des membres du couple à travers les interventions paradoxales, l'explication de la technique pourrait venir nuire à l'efficacité de la méthode (Margolin, 1998). Ce n'est évidemment pas le cas de tous les modèles théoriques. Certains, dont le modèle comportemental cognitif, se prêtent généralement bien à cette forme de divulgation.

Il n'est pas rare que l'un des partenaires soit plus motivé que l'autre à entreprendre une thérapie conjugale. L'un des problèmes courants en thérapie conjugale consiste donc à maintenir un équilibre entre le droit du partenaire le plus réticent à un choix libre concernant sa participation et le droit de l'autre partenaire à obtenir une thérapie qui a des chances raisonnables de succès (Margolin, 1998). Il serait évidemment problématique au plan éthique d'exercer de la coercition pour que le partenaire réticent participe, tout comme il serait problématique de nier le droit au traitement pour l'autre partenaire (Margolin, 1982, 1998 ; Woody et Woody, 2001b). Margolin (1998) propose de résoudre ce problème en demandant au partenaire réticent de participer à au moins une session de thérapie. Cela donne l'occasion au thérapeute de comprendre ses réticences, qu'elles soient dues à l'anxiété, à la négation des problèmes dans la relation ou à la certitude qu'une thérapie conjugale ne peut résoudre les difficultés. Le thérapeute a ainsi l'occasion d'illustrer comment la thérapie conjugale peut répondre aux besoins des deux partenaires (Margolin, 1998).

Il est souvent difficile, en thérapie conjugale, de prévoir l'issue exacte de la thérapie. Puisque chaque membre du couple a moins de contrôle sur le processus thérapeutique, par comparaison à la thérapie individuelle, les clients devraient être avisés que la thérapie pourrait amener des conséquences indésirables pour un membre du couple ou les deux, par exemple, un divorce ou une séparation (Margolin, 1982, 1998).

D'autres conséquences indésirables peuvent aussi être difficiles à prévoir. Imaginons la situation suivante.

Vignette clinique

Un couple sollicite de la thérapie conjugale afin de régler des problèmes de communication. À la troisième séance, l'homme souligne qu'en dépit du fait qu'il a donné son consentement pour travailler sur l'amélioration de la communication, il est venu en thérapie pour aider son épouse à solutionner son problème d'alcoolisme. Il est convaincu qu'une fois que le problème d'alcoolisme de sa femme sera résolu, les autres problèmes le seront aussi. La femme est estomaquée de la tournure des événements et nie avoir un tel problème.

Comment le thérapeute aurait-il pu prévoir ce revirement de situation, ce double mandat de la part du conjoint ? Quelles conséquences ce retournement aura-t-il sur l'épouse et sur le processus thérapeutique ? Autant de questions qui nécessitent réflexion.

Face à un revirement de situation et conformément aux étapes à suivre pour résoudre un dilemme éthique, le thérapeute doit réfléchir à toutes les solutions possibles. Il conviendrait probablement d'abord d'évaluer la gravité du problème d'alcoolisme de la dame. Si le problème d'alcoolisme se révèle réel, le thérapeute peut proposer à la personne alcoolique de se joindre à un groupe pour personnes alcooliques ou d'entreprendre une thérapie individuelle avec un autre thérapeute, tout en poursuivant, de façon parallèle, la thérapie conjugale. Le thérapeute pourrait aussi juger plus efficace que la thérapie conjugale soit suspendue jusqu'à ce que le problème de consommation soit réglé. Enfin, l'objectif de la thérapie conjugale pourrait aussi être modifié, si les deux partenaires sont consentants, et la résolution du problème d'alcoolisme deviendrait alors l'objectif primaire. Si le problème d'alcoolisme avait été révélé durant la période d'évaluation plutôt que lors du traitement, le thérapeute aurait pu le prendre en considération dans l'établissement de son plan de traitement, notamment en faisant de la résolution de ce problème l'objectif de la thérapie conjugale. Dans ce cas, les enjeux éthiques auraient été minimaux puisque les deux partenaires auraient alors été en mesure de fournir un consentement éclairé dès le début du processus.

2.3. Le système de valeurs personnelles du thérapeute

Selon la Société canadienne de psychologie (2000, principe III.10 et III.12), il importe que le psychologue évalue comment ses antécédents personnels, ses attitudes et ses valeurs influencent ses activités et sa pensée, notamment au plan de ses interventions professionnelles. D'ailleurs, il n'existerait aucune forme de psychothérapie à l'abri des valeurs du thérapeute (Magee, 1997 ; Woody et Woody, 2001b ; Wylie et Perrett, 1999). En effet, les valeurs du thérapeute risquent d'influencer la définition des problèmes présentés, le choix des objectifs de la thérapie de même que la sélection des interventions thérapeutiques. Qui plus est, ces valeurs pourraient avoir un rôle particulièrement important sur le processus thérapeutique en thérapie conjugale. Ceci s'explique notamment par la charge émotive associée aux contenus qui y sont discutés (Margolin, 1982, 1998), qu'il s'agisse du divorce, des relations extraconjugales ou des rôles sexuels (Magee, 1997).

Certaines des valeurs du psychologue conjugal pourraient néanmoins passer inaperçues. C'est notamment le cas lorsque les clients et le thérapeute partagent un même système de valeurs (Wylie et Perrett, 1999) ; des résultats de recherche à ce sujet confirment l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques lorsque c'est le cas. Les clients avec lesquels un thérapeute est le moins efficace sont ceux dont le système de valeurs est différent du sien (Wylie et Perrett, 1999). Y a-t-il un problème éthique ici ? Quelles sont les conséquences associées au fait de travailler avec un couple où les deux partenaires ont des systèmes de valeurs très différents l'un de l'autre ? La réponse réside dans le respect de l'un des grands principes en thérapie conjugale, soit celui voulant que le thérapeute cherche inlassablement à ce que les perspectives des deux conjoints, aussi différentes soient-elles, soient entendues. Dans le même ordre d'idées, le psychologue devrait-il accepter en thérapie conjugale des clients qui ont des systèmes de valeurs très différents du sien ? Ici, la réponse réside notamment dans l'examen de la zone de confort du thérapeute et des clients face à leurs différences manifestes ainsi que dans la reconnaissance des autres choix possibles.

Les rôles sexuels ou les inégalités sociales entre les sexes constituent des domaines où le psychologue conjugal devrait examiner son propre système de valeurs (Magee, 1997 ; Margolin, 1982). Il doit prendre en considération ses expériences personnelles de socialisation qui pourraient l'amener, par exemple, à accepter trop facilement une asymétrie au niveau du pouvoir dans le couple (Magee, 1997). Certains comportements non verbaux, comme le fait de regarder l'homme lorsque l'on discute de finances ou la femme lorsqu'il s'agit des soins à apporter aux enfants, communiquent les attentes du thérapeute quant à la division des tâches. Par comparaison, être à l'écoute de la perspective des deux partenaires est une façon de démontrer l'absence de préjugés sur les rôles sexuels et le système de valeurs de chaque conjoint.

Le thérapeute devrait-il accepter la définition des rôles sexuels du couple ou, au contraire, chercher à influencer les partenaires afin de modifier leurs attitudes à ce chapitre (Margolin, 1982) ? Devrait-il accepter de travailler sur un objectif thérapeutique

associé, selon lui, à une idéologie sexiste ? La réponse à cette question n'est pas simple. D'une part, en acceptant de travailler sur cet objectif, il pourrait, sans le vouloir, renforcer les attitudes sexistes d'un des partenaires ou des deux. D'autre part, en choisissant de réorienter la thérapie vers un objectif plus égalitaire, le thérapeute pourrait aliéner le ou les partenaires qui sont satisfaits de cette division traditionnelle des rôles (Margolin, 1982). Afin d'arriver à une solution éthique acceptable, le thérapeute doit d'abord évaluer si le conflit entre les conjoints sur la répartition des rôles sexuels reflète strictement des positions idéologiques divergentes ou si ces positions sont accentuées par les difficultés relationnelles du couple. Si cette dernière hypothèse se confirme, le thérapeute pourra alors chercher à atténuer la polarité entre les conjoints afin d'éviter d'être piégé dans un conflit idéologique (Margolin, 1982).

Le psychologue conjugal devrait aussi prendre le temps d'examiner ses valeurs face au divorce et à la séparation conjugale. La plupart des psychologues conjugaux encouragent les couples à demeurer ensemble et à travailler pour modifier certains aspects problématiques de leur relation (Silverstein, 1998). En effet, dans la plupart des cas, des modifications sont possibles et la confiance mutuelle peut se rétablir. Cependant, il peut arriver que la séparation ou le divorce soient inévitables. C'est le cas par exemple lorsqu'il y a des problèmes importants de dépendance à l'alcool ou aux drogues, de la violence physique ou psychologique, ou lorsqu'une relation a perdu toute sa vitalité.

Le thérapeute devrait-il exprimer ses opinions personnelles aux couples qui le consultent et qui sont aux prises avec une telle décision ? Devrait-il se positionner sur la pertinence d'une séparation ou d'un divorce ? Les opinions sur le sujet sont partagées. Plusieurs thérapeutes se sentent à l'aise de donner leur opinion aux couples en leur spécifiant qu'il s'agit d'une opinion personnelle plutôt que professionnelle. Cela permettrait à chaque client de se former sa propre opinion, qu'elle soit ou non semblable à celle du thérapeute (Margolin, 1982). Quant au code d'éthique de l'American Association for Marriage and Family Therapy (2001, principe 1.8), il stipule clairement que les décisions importantes concernant le mariage, le divorce ou la séparation reviennent exclusivement au couple qui consulte (voir aussi la British Association for Sexual and Relationship Therapy, 2003, principe 19). Selon ce code d'éthique, un conseil du thérapeute sur ces sujets constituerait une erreur déontologique (Woody et Woody, 2001b). Un des éléments qui semble cependant faire consensus est le fait que la rupture de la relation ne devrait jamais être perçue par le thérapeute comme un échec thérapeutique (Margolin, 1982 ; Silverstein, 1998).

Les trois recommandations qui suivent aideront les psychologues conjugaux à tenir compte de l'influence de leur système de valeurs sur le processus thérapeutique. En effet, le psychologue conjugal devrait prendre le temps *a)* d'examiner son propre système de valeurs, *b)* d'examiner comment son système de valeurs influence sa pratique clinique et *c)* d'informer ses clients de ses valeurs personnelles qui sont implicites dans son mode de thérapie (Margolin, 1982). L'exercice présenté au tableau 3.2 a

TABLEAU 3.2
Réflexion sur les valeurs

	En total désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	En total accord
1. Demeurer ensemble est préférable au fait de se séparer ou de divorcer.	1	2	3	4	5
2. La communication entre les partenaires est essentielle à la satisfaction sexuelle.	1	2	3	4	5
3. Les femmes devraient être traitées de façon égalitaire aux hommes.	1	2	3	4	5
4. Les relations extraconjugales sont un signe de dysfonctionnement dans la relation.	1	2	3	4	5
5. Pour certains couples, l'échangisme peut être une façon de mettre du piquant dans leur vie sexuelle.	1	2	3	4	5
6. La sexualité est essentiellement un moyen d'avoir et de procurer du plaisir.	1	2	3	4	5
7. L'avortement est une pratique condamnable.	1	2	3	4	5
8. Toutes les croyances et les pratiques culturelles sont aussi valables les unes que les autres.	1	2	3	4	5
9. La plupart des problèmes relationnels sont causés par les deux partenaires plutôt que par un seul partenaire.	1	2	3	4	5
10. Les relations conjugales impliquant une grande différence d'âge entre les deux partenaires ou des partenaires provenant d'ethnies différentes ont moins de chances de succès que les autres relations.	1	2	3	4	5

d'ailleurs pour but d'amorcer ce travail de réflexion sur les valeurs. Le thérapeute est invité à en examiner les affirmations et à évaluer son degré d'approbation pour chacune d'entre elles.

2.4. La neutralité

En thérapie individuelle, le thérapeute assure chaque client de toute son attention, de sa loyauté et de son soutien. Par contre, lorsqu'un diagnostic relationnel est émis, le thérapeute devient responsable, de façon égale, du bien-être des deux partenaires, et l'attention est alors partagée entre les deux partenaires (Woody et Woody, 2001b). Comment le thérapeute peut-il s'assurer d'être loyal, neutre et non biaisé face à chacun des partenaires (Hiller, 1999 ; Silverstein, 1998) ? Gottlieb (1996) propose divers scénarios afin d'assurer que le psychologue conjugal maintient le plus possible sa neutralité. Cependant, chacun des scénarios présente à la fois des avantages et des inconvénients et aucun ne fait actuellement l'objet d'un consensus. Chaque psychologue conjugal doit choisir le scénario qui convient le mieux à la problématique rencontrée par le couple, tout en sachant qu'il n'existe pas de bons ou de mauvais scénarios.

Le premier scénario consiste à être loyal avec chaque conjoint comme si ces derniers bénéficiaient d'une thérapie individuelle. Cela suppose qu'on rencontre parfois les conjoints individuellement (Hiller, 1999). En effet, plusieurs personnes pourraient se sentir plus à l'aise de divulguer certaines informations dans une session individuelle que dans une session conjugale. Cependant, le thérapeute qui agit ainsi s'expose à détenir de l'information qui ne pourra peut-être pas toujours être partagée facilement avec l'autre partenaire, envers qui il est également responsable (Hiller, 1999).

La deuxième solution proposée consiste à ne se sentir responsable que du couple, pris dans le sens de système. Cela implique qu'on ne rencontrera jamais les partenaires de façon individuelle. Selon Gottlieb (1996), cette façon de faire règle généralement les problèmes de division de la loyauté, mais elle pourrait réduire l'efficacité du traitement si des informations importantes ne sont pas divulguées.

Le troisième scénario consiste à déclarer sa loyauté aux deux partenaires tout en développant des alliances, parfois avec l'un, parfois avec l'autre. De cette façon, la neutralité est habituellement maintenue. Cependant, les clients ont généralement besoin de plus de temps et d'énergie pour accepter la neutralité du thérapeute (Gottlieb, 1996).

Si le maintien de la neutralité est un objectif important et louable dans de nombreuses situations, il y a aussi des moments où cet objectif devient problématique (Gottlieb, 1996). Prenons les cas suivants. Un membre du couple est aux prises avec des migraines ou des maux de tête sévères. Même si les symptômes peuvent avoir une cause systémique et des conséquences sur le couple, le clinicien ne devrait pas négliger la possibilité qu'un problème physique soit à la base des symptômes présentés et devrait

diriger cette personne vers une consultation médicale. Le thérapeute doit demeurer le plus ouvert possible aux différentes causes pouvant expliquer une situation ou un problème et non seulement aux causes systémiques. La dénonciation de l'abus physique ou psychologique sur un enfant est un autre exemple où la violation de la neutralité et de la confidentialité se révèle nécessaire (Margolin, 1998 ; Ordre des psychologues du Québec, 2001). Au Québec, en accord avec la *Loi sur la protection de la jeunesse*, tout professionnel qui a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être compromis doit signaler ce cas aux autorités compétentes, en l'occurrence, la Direction de la protection de la jeunesse. De plus, il est clair que le rôle du professionnel n'est pas de mener l'enquête et que le doute devrait toujours jouer en faveur de l'enfant. Cependant, il est clair aussi que le signalement ne devrait pas s'appuyer sur de vagues soupçons ou sur une inquiétude irrationnelle (Ordre des psychologues du Québec, 2001). La même argumentation s'applique si un membre du couple est victime de violence physique ou psychologique (Magee, 1997 ; Margolin, 1998). Dans ce cas, les interventions du psychologue conjugal peuvent inclure de travailler en collaboration avec le système judicaire ainsi que de diriger la victime vers un centre pour victimes de violence conjugale et l'agresseur vers un centre de traitement. Lorsque la victime est en sécurité, la thérapie conjugale pourrait avoir pour but de régler le problème de violence conjugale.

2.5. La confidentialité et ses limites

Les différents codes de déontologie sont assez clairs sur l'importance pour le psychologue de ne pas divulguer de renseignements confidentiels obtenus de ses clients (Société canadienne de psychologie, 2000, principes I.43 et I.44). En effet, il est de notoriété publique que le psychologue est tenu au secret professionnel dans l'exercice de sa profession (Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 38). En thérapie conjugale, cela signifie que le thérapeute ne peut révéler d'informations obtenues des deux partenaires à d'autres personnes, agences ou organisations à l'extérieur de la relation thérapeutique (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principe 2.2 ; Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 48).

Le psychologue peut cependant être relevé de ce secret si la loi l'ordonne ou par autorisation écrite de son ou ses clients (American Psychological Association, 2002, principe 4.01, 4.02 et 4.05 ; Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 39). Le psychologue pourrait, par exemple, communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes (Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 39.1). Ce serait le cas, par exemple, si le psychologue conjugal était témoin de menaces de mort proférées par un membre du couple à l'endroit d'un autre membre de la famille, comme les beaux-parents. Le psychologue ne devrait alors communiquer ce renseignement qu'aux personnes exposées à ce danger, dans ce cas-ci, les beaux-parents, ou à

celles susceptibles de leur porter secours, par exemple le corps policier (Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 39.1). Comme le spécifie le formulaire de consentement, les clients doivent généralement être mis au courant des circonstances qui peuvent obliger le thérapeute à rompre le secret professionnel.

Qu'en est-il maintenant des cas particuliers qui ne sont possibles qu'en thérapie conjugale ou familiale ? Notamment, doit-on permettre que certaines confidences et informations obtenues de l'un des deux partenaires, comme une infidélité actuelle ou passée, ne soient pas transmises à l'autre partenaire ? Est-ce qu'il faut permettre les secrets entre les deux conjoints ? Prenons la situation suivante.

Vignette clinique

Une femme se présente à sa session de thérapie conjugale à l'heure dite alors que son époux est légèrement en retard. Elle débute en spécifiant : « Je ne crois pas que cela ait de l'importance, mais j'ai des relations sexuelles occasionnelles avec un autre homme depuis une dizaine d'années. On ne se voit qu'à l'occasion. Ne le dites surtout pas à mon époux, ça le blesserait. Je suis pleinement engagée à améliorer ma relation conjugale. »

Ces dilemmes concernant la confidentialité sont d'autant plus importants lorsque l'on considère les risques potentiels associés aux relations extraconjugales, comme les maladies transmissibles sexuellement (Hiller, 1999 ; Margolin, 1998).

Margolin (1982) et Gottlieb (1996) proposent divers scénarios afin de résoudre ce type de dilemme éthique. Comme c'était le cas pour les questions éthiques reliées à la neutralité, chaque scénario possède à la fois des forces et des faiblesses. Peu importe le scénario choisi, l'important est de clairement spécifier au couple, en début de thérapie, la politique qui prévaudra en matière de confidentialité (Margolin, 1998).

Le premier scénario consiste à traiter toutes les informations révélées lorsque l'autre partenaire est absent comme étant confidentielles. Cela signifie que les informations qui sont divulguées durant une session individuelle, un appel téléphonique ou de façon écrite ne seront pas rapportées à l'autre partenaire (Gottlieb, 1996 ; Margolin, 1982). Cette stratégie a certainement l'avantage de permettre au thérapeute de comprendre tous les enjeux individuels des acteurs de la relation conjugale. Cependant, que doit-il faire des informations qui pourraient modifier la volonté de l'autre partenaire de demeurer dans la relation ? Notamment, est-il raisonnable de protéger l'époux de l'infidèle en lui cachant la réalité et en l'empêchant de faire un choix éclairé ? À ce sujet, plusieurs thérapeutes croient qu'il est rarement utile de protéger indûment un individu de la réalité et estiment que cette personne mérite elle aussi de connaître la vérité (Silverstein, 1998).

La deuxième stratégie suppose qu'aucune information ne sera traitée de façon confidentielle à l'intérieur de la thérapie du couple. Les thérapeutes qui adhèrent à cette politique évitent généralement de recevoir des confidences en ne conduisant que des sessions de couple (Gottlieb, 1996 ; Margolin, 1982). Cette stratégie peut permettre aux partenaires de se sentir plus confortables parce qu'ils savent qu'ils sont au courant de l'ensemble des faits. Cependant, elle risque de créer des barrières au traitement en écartant certaines informations importantes (Gottlieb, 1996).

La troisième stratégie stipule que, bien que la grande majorité des informations doivent être partagées entre les partenaires, certaines informations particulières peuvent être traitées de façon confidentielle, si l'un d'eux en fait explicitement la demande. Un client pourrait révéler au cours de l'évaluation, lors d'une session individuelle, qu'il a déjà eu une relation extraconjugale il y a quelques années. Il pourrait alors demander au thérapeute de ne pas divulguer cette information à sa conjointe. Plusieurs thérapeutes se montrent spécifiquement d'accord pour ne pas révéler l'infidélité d'un membre du couple, en particulier si cette relation a pris fin il y a longtemps (Margolin, 1982). Cependant, d'autres experts notent qu'il est parfois difficile de tracer la ligne entre ce qui devrait ou non être partagé (Gottlieb, 1996).

La quatrième stratégie consiste à se montrer d'accord pour garder certaines informations confidentielles temporairement, mais avec la prémisse qu'elles seront divulguées ultérieurement (Gottlieb, 1996). Prenons le cas suivant. Un des partenaires, apprenant qu'il a une maladie transmissible sexuellement, craint d'être rejeté par l'autre s'il lui fait part de son état. Le thérapeute pourrait alors travailler avec cette personne de façon individuelle pour lui donner le soutien nécessaire afin qu'elle divulgue l'information. Le thérapeute court toutefois le risque que cette personne manque à sa parole et insiste pour que l'information soit maintenue confidentielle (Gottlieb, 1996). Le thérapeute se retrouverait alors détenteur d'une information importante pour l'autre partenaire, de qui il est également responsable. Dans ce cas, il s'avérerait probablement justifié d'insister davantage en offrant toute l'aide possible à la personne malade afin qu'elle révèle son secret le plus rapidement possible, puisque la santé du partenaire est menacée par ce secret.

En somme, il est important que le psychologue conjugal mette en place une politique concernant la confidentialité qui soit compatible avec ses méthodes de traitement. Il doit ensuite faire part de cette politique aux couples qui le consultent, et ce, en début de traitement. Le psychologue doit discuter non seulement de la façon dont les confidences personnelles seront gérées, mais aussi du fait que le sujet des discussions lors des sessions de couple ne sera pas divulgué à des tiers à l'extérieur de la thérapie (sauf dans les cas où la loi l'ordonne, comme dans les situations notées plus tôt, ou par autorisation écrite de ses clients).

2.6. Les tensions entre les intérêts des individus impliqués

L'une des difficultés importantes en thérapie conjugale consiste à équilibrer les besoins et intérêts du couple avec les besoins et intérêts des individus dans le couple (Magee, 1997 ; Margolin, 1998 ; Wylie et Perrett, 1999). En effet, il n'est pas rare qu'en dépit de la détermination d'un but commun et partagé entre les conjoints, la thérapie prenne une tournure différente et que les intérêts des individus viennent obscurcir les intérêts du couple (voir aussi la présentation sur le consentement libre et éclairé). Qui plus est, à certains moments, ce qui sert les intérêts et besoins d'un individu dessert souvent ceux de l'autre partenaire (Margolin, 1998). Par exemple, le but d'une cliente peut devenir en cours de thérapie de surmonter ses craintes face au fait de se séparer ou de divorcer, tandis que le but de son conjoint pourrait être de maintenir le statu quo à l'intérieur de la relation.

Le psychologue conjugal doit alors s'assurer que l'amélioration de la qualité de vie ou du statut d'un membre du couple ne se fasse pas aux dépens de l'autre partenaire (Margolin, 1982). Cette considération est motivée par la prémisse stipulant que le psychologue conjugal doit veiller au bien-être des deux partenaires. Afin de travailler de façon constructive lorsque des besoins conflictuels sont exprimés, les psychologues conjugaux reconnaissent généralement le système conjugal, plutôt que l'un ou l'autre des individus, comme étant le patient ou le client (Margolin, 1982). En effet, pour être un bon défenseur du système relationnel, le psychologue conjugal doit souvent déterminer ce qui est le mieux pour la relation, au-delà des objectifs spécifiques de chacun des deux partenaires.

Parfois, les intérêts et les besoins du couple peuvent aussi venir en contradiction avec ceux de la famille élargie. C'est notamment le cas lorsque la thérapie conjugale a des effets inattendus sur la famille élargie. Cette situation est illustrée dans la vignette suivante (Hiller, 1999).

Vignette clinique

Pauline et Benoît consultent en thérapie conjugale pour tenter d'améliorer leur vie sexuelle. Les conjoints s'entendent sur le fait que Pauline évite les contacts sexuels depuis deux ans. Pauline avoue également avoir éprouvé peu de plaisir sexuel au cours de leurs quatorze années de vie commune. Au fur et à mesure de la progression de la thérapie, il apparaît qu'une partie des difficultés sexuelles vécues par Pauline s'explique par une relation abusive vécue par cette dernière avec sa mère. Après la mise à jour de la source potentielle de ses difficultés sexuelles, Pauline explose et accuse sa mère de ruiner sa vie. La relation mère-fille étant évidemment trop fragile pour supporter une telle crise, les ponts sont coupés entre la famille de Pauline (incluant Benoît et leurs deux filles) et la mère de Pauline. Une conséquence s'ensuit pour les deux filles de Pauline et Benoît, celle de perdre accès à leur grand-mère.

Dans ce cas précis, le thérapeute a su favoriser l'introspection et la croissance du couple, en général, et de la cliente, en particulier. Ceci a fait en sorte que la cliente a senti le besoin de modifier les paramètres d'une relation passée, avec les conséquences que l'on connaît (Hiller, 1999). Ceci étant dit, les besoins de Pauline et de Benoît devraient avoir préséance sur les demandes de la famille élargie puisque l'allégeance du thérapeute doit d'abord aller vers les personnes à qui il dispense les services (Woody et Woody, 2001b). La rupture avec la famille élargie s'est avérée, dans ce cas-là, le prix à payer pour favoriser l'autonomie et le bonheur sexuel du couple.

2.7. Le contre-transfert et autres réactions émotionnelles et intellectuelles du thérapeute

Que le thérapeute soit ou non d'orientation psychodynamique, les notions de transfert et de contre-transfert sont toujours présentes en thérapie (Pope, Keith-Spiegel et Tabachnick, 1986 ; Wylie et Perret, 1999). Le contre-transfert renvoie aux réponses et sentiments du thérapeute, qu'ils soient conscients ou non, qui dérivent de son histoire personnelle ou qui sont suscités directement par les clients (Silverstein, 1998). Le fait pour le psychologue conjugal de s'identifier fortement au partenaire de son propre sexe, parce qu'il est davantage similaire, est un exemple de contre-transfert (Silverstein, 1998 ; Wylie et Perret, 1999). De la même façon, s'identifier au partenaire infidèle ou, à l'inverse, à celui qui a été trompé et blâmer ou défendre l'un des deux partenaires sont d'autres exemples de réactions contre-transférentielles (Silverstein, 1998). En somme, il s'agit de situations où il devient difficile pour le thérapeute de maintenir son objectivité et sa neutralité (Silverstein, 1998).

Qu'en est-il maintenant de l'attirance sexuelle que peut ressentir le thérapeute devant un client ou le client face au thérapeute ? Comment le psychologue conjugal doit-il gérer cette attirance ? Tout d'abord, il est important de faire la distinction entre les contacts sexuels avec les clients, lesquels sont prohibés par tous les codes d'éthique de la discipline, et l'attirance sexuelle, qui est un phénomène commun et généralement inoffensif s'il est bien géré par le thérapeute (Harris, 1998 ; Pope *et al.*, 1986 ; Seto, 1995).

Les différents codes de déontologie s'entendent sur le fait que le psychologue conjugal, comme tous les autres psychologues, doit s'abstenir de toute forme de harcèlement face à ses clients, y compris de harcèlement sexuel (American Psychological Association, 2002, principe 3.02 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe I.4). Ils précisent également que le thérapeute ne doit pas s'engager dans une relation sexuelle avec un client actuel ou un ancien client, et ce, pendant au moins deux ans après l'arrêt de la thérapie (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principes 1.4 et 1.5 ; American Psychological Association, 2002, principe 10.05-10.08 ; Ordre des psychologues du Québec, 2002, 2003, principe 58(11) ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe II.27). Qui plus est, le fait de mettre fin à la thérapie afin de pouvoir vivre une intimité sexuelle avec un client ne règle pas le conflit éthique et pourrait même être considéré comme un subterfuge (Seto, 1995).

L'attirance sexuelle face à un client est, quant à elle, un phénomène que la discipline commence tout juste à reconnaître et à normaliser (Harris, 1998). En effet, l'importance de discuter en supervision de l'attirance sexuelle ressentie face à un client, ou ressentie par le client face au thérapeute, n'a été reconnue que récemment (Harris, 1998 ; Wylie et Perret, 1999). Les données obtenues auprès de 575 psychothérapeutes indiquent cependant que 95 % des thérapeutes masculins et 76 % des thérapeutes féminins ont été, au moins une fois, attirés par un client ou une cliente (Pope *et al.*, 1986). Bien qu'une minorité de ces thérapeutes (9,4 % des thérapeutes masculins et 2,5 % des thérapeutes féminins) aient choisi de passer à l'acte sur le plan sexuel, la plupart (63 %) ont indiqué avoir ressenti des sentiments de culpabilité, d'anxiété et de confusion face à cette attirance (Pope *et al.*, 1986).

Comment savoir si une attirance sexuelle est présente dans le processus thérapeutique ? Pope, Sonne et Holroyd (1993) identifient notamment les signes suivants : *a)* l'évitement des sessions de thérapie ; *b)* l'obsession face à un client ; *c)* les actes manqués ou les lapsus ; *d)* les fantaisies sexuelles au sujet d'un client lors d'activités sexuelles ; *e)* la déshumanisation du client (p.ex., « Je traite ce client narcissique qui … ») ; *f)* la déshumanisation du thérapeute (p. ex., l'utilisation excessive de jargon par le thérapeute ou le détachement émotionnel du thérapeute face au client) ; *g)* la création de secrets avec le client (p. ex., « Tu devrais ne dire ses choses qu'à moi, personne ne te comprend mieux que moi. »). La présence de ces indicateurs ne garantit pas nécessairement qu'une attirance sexuelle est présente. Ils ne sont que des signes révélant que quelque chose pourrait être en train d'affecter le processus thérapeutique, l'attirance sexuelle étant une cause probable (Harris, 1998).

En résumé, il semble exister un consensus sur la nécessité que les psychologues conjugaux reconnaissent les probabilités qu'une telle attirance survienne au cours de leur carrière. Si tel est le cas, ils doivent alors prendre les mesures appropriées afin de gérer leurs sentiments tout en s'abstenant de tout comportement déontologiquement répréhensible (Harris, 1998 ; Seto, 1995). Les séances de supervision ou les consultations avec les collègues sont les endroits les plus appropriés pour discuter d'attirance sexuelle (Harris, 1998).

2.8. Les rôles conflictuels et les relations professionnelles multiples

Débutons par l'histoire de cas suivante.

Vignette clinique

Un thérapeute suit une cliente en thérapie individuelle. Cette dernière consulte principalement parce qu'elle se sent trahie par son conjoint, infidèle. Après six mois de thérapie individuelle, l'épouse demande à ce que son conjoint soit vu avec elle en thérapie conjugale. Elle demande aussi de poursuivre sa thérapie individuelle

avec le même thérapeute. Le thérapeute se montre d'accord avec les deux demandes de la cliente. Après un certain nombre de séances, la thérapie conjugale se solde finalement par une demande de divorce de la part de la cliente. Insatisfait, l'époux décide ensuite de porter plainte contre le thérapeute en alléguant que ce dernier a fait preuve de favoritisme envers son ex-épouse lors de la thérapie conjugale et n'a pas tenu compte de ses besoins à lui (Romeo, 2001).

Qu'en est-il exactement ? Dans ce cas, il apparaît clair que le thérapeute n'a pas respecté le principe stipulant qu'il doit éviter, dans la mesure du possible et si cela convient, de se retrouver dans une situation de conflit d'intérêts puisqu'il y a un risque que son jugement clinique et son objectivité s'en trouvent altérés (American Association for Marriage and Family Therapy, 2001, principe 3.4 ; Ordre des psychologues du Québec, 2003, principes 32 et 33 ; Société canadienne de psychologie, 2000). Le problème éthique provient du fait que le thérapeute a vu simultanément la même personne en thérapie individuelle et conjugale, ce qui aurait effectivement pu créer un préjugé favorable envers cette personne. Dans ce cas précis, une des solutions afin d'éviter ce problème éthique aurait été de continuer la thérapie individuelle avec la cliente, tout en référant le couple à un autre thérapeute (Romeo, 2001).

Une relation multiple avec un client se produit notamment lorsque le psychologue joue au moins deux rôles professionnels avec la même personne, ce qui était le cas dans l'étude de cas présentée (American Psychological Association, 2002, principes 3.05, 3.06 et 10.02b). Les relations multiples ne sont pas, en elles-mêmes, inacceptables sur le plan éthique (American Psychological Association, 2002 ; Gottlieb, 1996) ; elles peuvent d'ailleurs être assez courantes dans les petites collectivités, où le nombre de psychologues est limité (Gottlieb, 1996). Cependant, puisque le thérapeute porte plusieurs chapeaux professionnels à la fois, chaque relation professionnelle devient de plus en plus complexe et les risques de problèmes et d'incompréhension augmentent de façon proportionnelle (Gottlieb, 1996 ; Woody et Woody, 2001a). Tel que stipulé dans les codes d'éthique de la discipline, si le psychologue conjugal n'a d'autre choix que d'accepter de jouer des rôles multiples pour un client, il doit clarifier ses responsabilités aussi souvent que nécessaire et chercher à minimiser les risques de parti pris (American Psychological Association, 2002, principe 10.02b ; Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 33 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe III.34).

L'un des résultats possibles de la thérapie conjugale avec des couples en détresse demeure la rupture de la relation. Que se passe-t-il si un psychologue qui a œuvré comme psychologue conjugal pour un couple est sollicité par un membre du couple pour agir à titre d'expert dans une cause de divorce (American Psychological Association, principe 10.02b) ? La réponse à cette question n'est pas simple. D'ailleurs, certains psychologues conjugaux s'assurent de ne pas se retrouver dans ce genre de situation

en introduisant une clause dans le formulaire de consentement stipulant que les deux parties s'engagent à ne pas faire appel à ses services à titre d'expert si un divorce se produisait (Gottlieb, 1996 ; Margolin, 1982).

Si une telle condition n'avait pas été incluse dans le formulaire de consentement, il faut alors considérer que les informations qui ont été obtenues dans le cadre de la thérapie conjugale sont confidentielles. Par conséquent, le thérapeute ne peut les divulguer à autrui, à moins d'obtenir l'autorisation écrite des deux partenaires (Ordre des psychologues du Québec, 2003, principe 39 ; Société canadienne de psychologie, 2000, principe I.45). Si le psychologue conjugal obtient l'autorisation des deux parties, il a alors l'autorité morale de divulguer en cour le matériel qu'il juge pertinent. Qu'arrive-t-il cependant s'il obtient l'autorisation écrite d'un seul des deux partenaires ? Dans ce cas, le thérapeute devrait éviter de servir d'expert pour l'une des deux parties. Une autre stratégie consiste à ne divulguer que l'information reliée au partenaire qui a donné son autorisation en protégeant la confidentialité des informations fournies par le partenaire non consentant (British Association for Sexual and Relationship Therapy, 2003, principe 16e). Cette stratégie peut cependant être parfois difficile à implanter.

CONCLUSION

La thérapie conjugale présente de nombreux défis éthiques pour celui ou celle qui la pratique. Ces défis se trouvent souvent accentués du fait que les différents codes de déontologie professionnelle, à l'exception de ceux qui sont spécifiques à la thérapie conjugale et familiale, sont relativement muets sur la pratique de la thérapie auprès de plus d'une personne et que peu de formations en thérapie conjugale abordent explicitement les enjeux éthiques. Les stratégies de prise de décisions éthiques, comme celle proposée par la Société canadienne de psychologie (2000), existent cependant pour encadrer le processus de décision et assurer son efficacité. En outre, il importe que le psychologue conjugal développe le réflexe de consulter un collègue ou un comité de déontologie, s'il fait face à un dilemme éthique.

Le psychologue conjugal qui agit de façon éthique maîtrise non seulement les techniques d'évaluation et d'intervention spécifiques à la thérapie conjugale, mais également les notions clés au plan des dynamiques individuelles. Il s'engage à respecter l'autonomie et l'autodétermination de ses clients en s'assurant du consentement libre et éclairé des deux partenaires et en le négociant aussi souvent que nécessaire, si le mandat de la thérapie change. Il n'oublie pas non plus de mettre en place une politique concernant la confidentialité afin que chaque partenaire sache comment les confidences et les secrets seront gérés à l'intérieur de la thérapie.

Le psychologue conjugal qui maintient de hautes normes éthiques est également conscient de l'influence de ses valeurs personnelles sur le processus thérapeutique et a le désir de comprendre, et parfois aussi de confronter, les valeurs de ses clients. Il s'as-

sure de demeurer loyal, neutre et non biaisé face aux deux partenaires, sauf dans les situations où le maintien de la neutralité deviendrait problématique. Son allégeance principale doit évidemment demeurer aux personnes à qui il offre des services et non à d'autres instances, comme la famille élargie. En outre, il tente de gérer le plus efficacement possible les réactions contre-transférentielles, et notamment l'attirance sexuelle, qui pourraient survenir en cours de thérapie. Enfin, dans la mesure du possible, et si cela convient, il essaie d'éviter les relations professionnelles multiples avec ses clients.

ANNEXE
Formulaire de consentement pour la thérapie conjugale

Buts et nature de l'intervention

La psychothérapie conjugale est une forme de traitement psychologique vous permettant, à vous et à votre conjoint(e), en collaboration avec un spécialiste, d'aborder vos préoccupations personnelles et conjugales pour essayer d'y voir plus clair et de comprendre vos difficultés. Suite à une thérapie conjugale, les conjoints peuvent espérer avoir modifié certains aspects de leur vie conjugale qui les rendaient insatisfaits.

Cette démarche comporte deux étapes. Dans un premier temps, il s'agit, dans le cadre d'entretiens préliminaires ou d'entrevues d'évaluation, de cerner la nature de vos difficultés afin de déterminer si le type de traitement proposé est approprié compte tenu des caractéristiques de votre situation. L'atteinte de ces objectifs repose sur la conduite d'une ou de plusieurs entrevues et elle implique parfois l'administration de questionnaires ou de tests psychologiques. Il est à noter que ces rencontres d'évaluation se dérouleront en compagnie de votre conjoint(e).

Dans un deuxième temps, vous déciderez, avec l'aide de l'intervenant, s'il est indiqué d'entreprendre une psychothérapie conjugale avec votre conjoint(e). Dans l'affirmative, vous discuterez des objectifs à poursuivre dans le cadre du traitement et des méthodes qui seront employées pour atteindre ces buts. L'intervenant précisera aussi la durée des entrevues, la fréquence des rencontres, les honoraires, les politiques en matière de retard ou d'absence aux entrevues et la marche à suivre en cas d'urgence. Bien entendu, ces objectifs et ces modalités de fonctionnement peuvent être revus en cours de traitement pour tenir compte de l'évolution de votre situation.

La durée de la psychothérapie dépend de nombreux facteurs, tels que la gravité des problèmes, la nature des objectifs visés et le type de traitement proposé. Dans la plupart des cas, vous ne pourrez atteindre vos objectifs en une ou deux entrevues. Rappelez-vous cependant que vous pouvez en tout temps cesser le traitement. Ceci dit, on met généralement fin à la psychothérapie lorsque les objectifs fixés sont en grande partie atteints.

Les risques et les avantages inhérents à la psychothérapie conjugale

La psychothérapie conjugale constitue parfois une démarche douloureuse. Certaines personnes peuvent éprouver des sentiments d'inconfort ou de malaise lorsqu'elles parlent de leurs difficultés actuelles ou passées. D'autres personnes estiment qu'il s'agit là d'une démarche utile pour exprimer certaines de leurs émotions, pour recueillir de précieuses informations sur elles-mêmes et sur leur partenaire et pour changer leur comportement. Si les sentiments d'inconfort ou de malaise que vous éprouvez deviennent difficilement tolérables, nous vous invitons à en discuter avec l'intervenant.

Les honoraires

Le montant des honoraires pour une séance de x minutes s'élève à x $ la séance. Si vous prévoyez vous absenter à l'une des rencontres prévues, veuillez en aviser l'intervenant le plus tôt possible, c'est-à-dire au moins 48 heures à l'avance. Ainsi, cette rencontre sera reprise à l'intérieur des deux semaines qui suivent. Si vous ne pouvez respecter ce délai, conformément aux recommandations de l'ordre professionnel x, des frais administratifs de x $ vous seront facturés.

Le consentement du client

En signant cette formule, je reconnais que j'ai été informé(e) du caractère confidentiel des informations que je livrerai à l'intervenant lors de nos entretiens. Je comprends et j'accepte les limites de cet engagement : le secret professionnel ne peut être levé que si je mets ma vie ou celle de quelqu'un d'autre en danger.

Je comprends que même si, en signant cette formule, j'accepte l'application de ces méthodes de travail, je peux retirer mon consentement en tout temps. On me fournira alors, si je le désire, une liste d'intervenants œuvrant au sein d'organismes publics ou en pratique privée qui n'utilisent pas de telles méthodes.

J'atteste enfin que les procédures décrites plus haut m'ont été expliquées et que je consens volontairement à participer aux activités d'évaluation et de traitement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions que je désirais et je comprends que si j'ai d'autres questions un peu plus tard, je pourrai également les poser.

_____	_____
Madame	Date
_____	_____
Monsieur	Date
_____	_____
Intervenant, titre professionnel	Date

RÉFÉRENCES

American Association for Marriage and Family Therapy (2001). *AAMFT Code of Ethics*, Washington, APA.

American Psychological Association (2002). « Ethical principles of psychologists and code of conduct », *American Psychologist, 57*, p. 1060-1073.

British Association for Sexual and Relationship Therapy (2003). *Code of Ethics and Principles of Good Practice for Members,* Londres, BASRT.

Caudill, O. B. Jr. (1998). « The hidden issue of informed consent », dans American Association for Marriage and Family Therapy (dir.), *A Marriage and Family Therapist's Guide to Ethical and Legal Practice : Answers to Question on Current Ethical Topics and Legal Considerations in MFT Practice,* Washington, APA, p. 53-55.

Denton, W.H., et Walsh, S.R. (2001). « Competence and integrity : Ethical challenges for today and the future », dans R.H. Woody et J.D. Woody (dir.), *Ethics in Marriage and Family Therapy,* Washington, American Association for Marriage and Family Therapy, p. 83-101.

Gottlieb, M.C. (1996). « Some ethical implications of relational diagnoses », dans F.W. Kaslow (dir.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns,* New York, Wiley, p. 19-34.

Hadjistavropoulos, T. et Malloy, D.C. (2000). « Making ethical choices : A comprehensive decision-making model for Canadian psychologists », *Canadian Psychology, 41,* p. 104-115.

Hadjistavropoulos, T., Malloy, D.C., Sharpe, D., Green, S.M. et Fuchs-Lacelle, S. (2002). « The relative importance of the ethical principles adopted by the American Psychological Association », *Canadian Psychology, 43,* p. 254-259.

Harris, S.M. (1998). « Sexual attraction in the therapeutic relationship », dans American Association for Marriage and Family Therapy (dir.), *A Marriage and Family Therapist's Guide to Ethical and Legal Practice : Answers to Question on Current Ethical Topics and Legal Considerations in MFT Practice,* Washington American Association for Marriage and Family Therapy, p. 4-9.

Hiller, J. (1999). « The presence of the absent other : Ethical issues in individual work for relationship problems », *Sexual and Marital Therapy, 14,* p. 237-253.

Magee, R.D. (1997). « Ethical issues in couple therapy : Therapist competence and values », dans D.T. Marsh et R.D. Magee (dir.), *Ethical and Legal Issues in Professional Practice with Families,* New York, Wiley, p. 112-126.

Margolin, G. (1982). « Ethical and legal considerations in marital and family therapy », *American Psychologist, 37,* p. 788-801.

Margolin, G. (1998). « Ethical issues in marital therapy », dans R.M. Anderson Jr., T.L. Needels et H.V. Hall (dir.), *Avoiding Ethical Misconduct in Psychology Specialty Areas,* Springfield, IL, Charles C. Thomas, p. 78-94.

Ordre des psychologues du Québec (2000). *Le formulaire de consentement,* Mont-Royal, Ordre des psychologues du Québec.

Ordre des psychologues du Québec (2001). *Le secret professionnel et le signalement à la direction de la protection de la jeunesse,* Mont-Royal, Ordre des psychologues du Québec.

Ordre des psychologues du Québec (2002). *Éléments de clarification en ce qui a trait à l'inconduite sexuelle,* Mont-Royal, Ordre des psychologues du Québec.

Ordre des psychologues du Québec (2003). *Code de déontologie des psychologues*, Mont-Royal, Ordre des psychologues du Québec.

Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (2006). *Code de déontologie des travailleurs sociaux,* Montréal, Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Pope, K.S., Keith-Spiegel, P. et Tabachnick, B.G. (1986). « Sexual attraction to clients : The human therapist and the (sometimes) inhuman training system », *American Psychologist, 41,* p. 147-158.

Pope, K.S., Sonne, J.L. et Holroyd, J. (1993). *Sexual Feelings in Psychotherapy : Explorations for Therapists and Therapists-in-training,* Washington, American Psychological Association.

Romeo, L.M. (2001). « Subprinciples 3.1-3.9 : Professional competence and integrity », dans American Association for Marriage and Family Therapy (dir.), *User's Guide to the AAMFT Code of Ethics,* Washington, American Association for Marriage and Family Therapy, p. 33-39

Seto, M.C. (1995). « Sex with therapy clients : Its prevalence, potential consequences, and implications for psychology training », *Canadian Psychology, 36,* p. 70-86.

Silverstein, J.L. (1998). « Countertransference in marital therapy for infidelity », *Journal of Sex and Marital Therapy, 24,* p. 293-301.

Société canadienne de psychologie (2000). *Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues* (3e éd.), Ottawa, Société canadienne de psychologie.

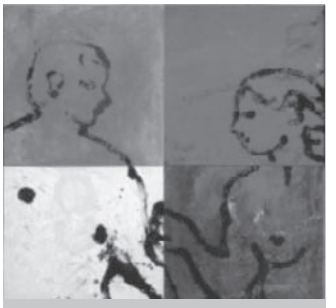
Société canadienne de psychologie (2001). *Lignes directrices pour la pratique à l'intention des fournisseurs de services psychologiques*, Ottawa, Société canadienne de psychologie.

Tymchuk, A.J. (1997). « Informing for consent : Concepts and methods », *Canadian Psychology, 38,* p. 55-75.

Woody, J.D. et Woody, R.H. (2001a). « Children in family therapy », dans R.H. Woody et J.D. Woody (dir.), *Ethics in Marriage and Family Therapy,* Washington, American Association for Marriage and Family Therapy, p. 103-124.

Woody, J.D. et Woody, R.H. (2001b). « Protecting and benefiting the client : The therapeutic alliance, informed consent, and confidentiality », dans R.H. Woody et J.D. Woody (dir.), *Ethics in Marriage and Family Therapy,* Washington, American Association for Marriage and Family Therapy, p. 13-41.

Wylie, K. et Perrett, A. (1999). « Ethical issues in work with couples », *Sexual and Marital Therapy, 14,* p. 219-236.



CHAPITRE

4

LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE D'ORIENTATION COGNITIVE-COMPORTEMENTALE

John Wright, Stéphane Sabourin, Yvan Lussier et Hélène Poitras-Wright

Le but de ce chapitre est de tracer un bref portait historique de la psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale (PCCC). Par la suite, les stratégies clés de la PCCC sont présentées à l'aide d'études de cas illustrant la poursuite de trois mandats thérapeutiques : l'amélioration de la relation conjugale, la résolution de l'ambivalence et la gestion de crise.

1. PERSPECTIVE THÉORIQUE ET HISTORIQUE

Au cours des années 1970 et 1980, le modèle prédominant de psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale (PCCC) se fondait sur l'échange comportemental et l'entraînement aux habiletés de communication

et de résolution de problèmes (Jacobson et Margolin, 1979 ; Wright, 1984). Ces objectifs et stratégies thérapeutiques s'inspiraient alors des théories de l'apprentissage social et des recherches sur les caractéristiques des couples dysfonctionnels. En laboratoire, il est possible d'observer qu'en comparaison avec des couples heureux, le répertoire interactionnel des couples en détresse se caractérise par un très faible taux de conduites positives (manifestations d'affection, compliments, collaboration, gestes agréables) et un ratio élevé de comportements négatifs (critiques, coercitions, menaces, gestes volontairement punitifs). L'analyse de ces interactions chez les couples malheureux montre aussi une forte propension à l'escalade, tant sur les plans de la fréquence que de l'intensité, et une réciprocité croissante des conduites négatives. Ces échanges symétriques culminent en paroles et en gestes très blessants tant psychologiquement que physiquement.

En conséquence, les psychothérapeutes de couples d'orientation cognitive-comportementale ont mis au point un module de traitement centré sur l'échange comportemental. Dès 1969, Stuart (1969) élabore une procédure d'échange en deux étapes. Il aide d'abord les conjoints à développer des objectifs de changements comportementaux que chacun désire voir l'autre réaliser : « J'aimerais que mon mari me parle plus fréquemment » ou « Je voudrais que ma femme accepte d'augmenter la fréquence de nos rapports sexuels ». Cette liste de changements souhaités fait ensuite l'objet d'une négociation et d'un contrat où chacun s'engage à adopter certains comportements positifs spécifiques. L'application de cette stratégie vise l'accroissement rapide des conduites positives et la réduction des comportements associés à la détresse conjugale. L'analyse de l'efficacité de ces pratiques amène Jacobson et Margolin (1979) à proposer des modifications importantes à la stratégie développée par Stuart (1969). Ainsi, certains types de contrats sont exclus d'emblée si, pour des raisons cliniques, les changements comportementaux souhaités sont jugés prématurés. Par exemple, l'augmentation de la fréquence des rapports sexuels apparaît contre-indiquée si l'un des conjoints souffre d'une dysfonction sexuelle. Jacobson et Margolin (1979) suggèrent aussi l'instauration de contrats parallèles prévoyant que si un des conjoints ne respecte pas l'entente prévue et que l'autre y parvient, ce dernier doit recevoir sa récompense. Les cliniciens fidèles à cette approche aux États-Unis proposent encore des ententes formelles, verbales ou écrites, qui visent l'échange de comportements. Wright et Sabourin (1985) soulignent que ces contrats visant à modifier les taux d'échanges positifs soulèvent tout de même diverses difficultés d'application. Premièrement, bien des individus critiquent cette approche parce qu'elle ne correspond pas à leur vision des relations intimes : « Le clinicien est trop mercantile ! » Deuxièmement, une proportion importante de conjoints ne dispose pas du répertoire cognitif ou comportemental nécessaire pour réussir le changement désiré. Par exemple, plusieurs individus ne savent pas comment être affectueux à l'aide de gestes ou de paroles. Troisièmement, un bon nombre de demandes de changements formulées par l'un ou l'autre conjoint font l'objet d'un conflit qui doit être réglé avant d'entreprendre un projet d'échange comportemental. Enfin, dans certains cas, ces contrats d'échange s'avèrent si artificiels que les conjoints ne développent pas véritablement un mode efficace de régulation de leurs comportements. Face à ces difficultés,

Wright et Sabourin (1985) recommandent une approche fondée sur l'acquisition de compétences visant l'accroissement de la fréquence d'émission des comportements positifs (p. 107-110). L'établissement d'ententes informelles se fait alors en parallèle à un travail de modification des croyances irrationnelles liées spécifiquement à l'adoption de conduites positives et au développement d'habiletés verbales d'expression positive.

À ce premier volet thérapeutique s'ajoutent des stratégies d'enseignement de deux groupes de compétences : d'une part, les habiletés de communication efficace et, d'autre part, les comportements de résolution de problème. Le premier groupe de compétences, *les stratégies de communication efficace*, vise l'amélioration de la qualité de l'expression et de la réception des informations échangées par les conjoints. Diverses règles sont enseignées pour augmenter la probabilité que l'opinion de chacun sera entendue sans être critiquée ni attaquée. Le deuxième groupe de compétences, *les stratégies de résolution de problème*, vise la définition opérationnelle et la recherche de solutions spécifiques aux conflits conjugaux. En effet, la recherche indique la présence de déficits cognitifs et comportementaux substantiels dans le style de communication et de résolution de problèmes des couples perturbés. Plusieurs programmes d'intervention novateurs visent essentiellement à corriger ces conduites inefficaces à l'aide de diverses techniques. Enfin, des auteurs (Jacobson et Margolin, 1979 ; Wright et Sabourin, 1985) insistent pour ajouter aux deux premiers modules un troisième ensemble d'habiletés : la gestion constructive de la colère, de la violence verbale et de la violence physique. Ce dernier module fait l'objet d'une présentation distincte plus loin dans le présent texte et surtout au chapitre 9.

Au début des années 1980, le modèle traditionnel de la PCCC s'élargit encore une fois sous la démonstration, par plusieurs chercheurs, du rôle majeur des attributions et des croyances irrationnelles dans le développement des mésententes conjugales. Ces études démontrent que la nature des attributions est reliée au degré de satisfaction relationnelle des partenaires. Ainsi, les conjoints satisfaits, lorsqu'ils tentent d'expliquer la présence de comportements positifs dans le répertoire de l'autre, invoquent des caractéristiques stables, globales, intentionnelles et internes pour rendre compte des stratégies positives adoptées par leur partenaire. Inversement, ils diminuent l'impact des comportements désagréables en recourant à des explications axées sur des facteurs situationnels, externes, spécifiques et accidentels. En bref, lorsque le niveau de satisfaction relationnelle des sujets est élevé, les attributions augmentent l'impact des comportements positifs de l'autre et minimisent les répercussions des comportements négatifs. Lorsque le degré de satisfaction relationnelle est faible, les comportements positifs sont expliqués par la présence de facteurs situationnels, transitoires et accidentels. Par contre, les comportements négatifs sont attribués à des caractéristiques internes, globales et stables (Sabourin, Lussier, Simoneau et Wright, 1993). De plus, il a été démontré que les niveaux initiaux d'attributions déterminent davantage les changements dans la satisfaction conjugale à long terme que le contraire (Karney et Bradbury, 2000). Ces résultats amènent les spécialistes de la PCCC à s'inspirer des méthodes mises au point

par Ellis et Beck en thérapie individuelle pour mieux cibler les processus cognitifs dysfonctionnels chez les couples perturbés (Lefebvre, Wright, Sabourin et Poitras, 1995 ; voir aussi le chapitre 6).

Ces différentes stratégies thérapeutiques (échange comportemental, entraînement aux habiletés de communication, résolution de problèmes et modification des cognitions) forment le noyau dur de la PCCC. De 1980 à la fin des années 1990, ce modèle de psychothérapie de couple s'est disséminé rapidement dans les milieux professionnels et jouit d'un soutien empirique prometteur. Par ailleurs, plus récemment, une série de découvertes scientifiques a entraîné une modification des modèles traditionnels de PCCC. En fait, ces modèles traditionnels sont maintenant progressivement remplacés par un modèle dit « intégré » (Jacobson et Christensen, 1996). Cette métamorphose de la PCCC repose sur divers constats qui sont successivement abordés dans la suite du texte.

1.1. La mise en cause de l'efficacité et de l'efficience de la PCCC

Dans les premières recherches évaluatives sur l'efficacité de la PCCC traditionnelle, les auteurs rapportent des taux d'amélioration statistiquement significatifs de 80 % (Jacobson et Margolin, 1979). Ces taux sont d'autant plus encourageants qu'ils sont obtenus à un « dosage » thérapeutique assez faible, soit une dizaine de séances. Cependant, à la suite de ces premiers travaux, Jacobson, Follette, et Revenstorf (1984), dans un remarquable souci d'autocritique, proposent de remplacer la notion d'amélioration statistiquement significative par la notion de changement *cliniquement significatif* et ils entreprennent les premières études sur la stabilité des gains. L'application de ces nouveaux critères fondés sur des pratiques psychométriques rigoureuses a fait chuter les taux d'amélioration des couples traités à l'aide de la PCCC de 80 % à 50 %. Plus récemment, plusieurs ont remis en question la *représentativité clinique* de la PCCC pratiquée en laboratoire et en milieu universitaire. Selon Shadish et Baldwin (2005) ainsi que Wright, Sabourin, Mondor, McDuff et Mamodhoussen (2007), la quasi-totalité des études randomisées réalisées jusqu'à maintenant sur l'efficacité de la psychothérapie conjugale, toutes écoles confondues, sont menées dans des conditions idéales. Les critères de sélection des couples conduisent à l'élimination de plusieurs catégories de couples dysfonctionnels : couples en dissolution d'union, couples où l'un des conjoints souffre d'un trouble mental, couples où l'ambivalence vis-à-vis le maintien de la relation est élevée. De plus, au sein de ces études, les intervenants bénéficient d'un soutien institutionnel peu commun : formation intensive préalable, supervision continue, discussion en groupe des cas difficiles et des stratégies de traitement privilégiées. Enfin, les coûts de ces traitements sont défrayés par les chercheurs et cette mesure contribue à stabiliser artificiellement la participation des couples. D'autres éléments critiques qui ne correspondent pas aux pratiques cliniques usuelles sont abordés au chapitre 17.

Ces problèmes de représentativité clinique ne s'appliquent pas qu'à la PCCC. Les recherches menées sur l'efficacité de la psychothérapie de couple centrée sur les émotions, psychodynamique ou systémique souffrent des mêmes failles. La consultation des méta-analyses récentes (Shadish et Baldwin, 2005 ; Wright *et al*., 2007) révèle donc que même dans des conditions idéales, les taux d'amélioration cliniquement significatifs dépassent à peine la barre des 50 %. En conséquence, plusieurs praticiens de la PCCC sont enclins à tenir compte des découvertes scientifiques récentes pour enrichir leur modèle étiologique du trouble conjugal et leur conception de l'intervention. L'analyse de cette documentation fait ressortir cinq voies innovatrices à approfondir.

A. L'analyse et l'utilisation thérapeutique des émotions en PCCC

Les recherches contemporaines fondamentales en psychologie de l'émotion (Salovey, Rothman, Detweiler et Stewart, 2000) et les innovations cliniques apportées par Johnson et ses collaborateurs (voir le chapitre 5) ont amené les spécialistes de la PCCC à modifier le statut théorique et clinique des réactions affectives de chacun des conjoints. Epstein et Baucom (2002) accordent autant d'importance à l'analyse des facteurs émotifs qu'à l'examen des facteurs cognitifs dans leur modèle étiopathogénique de la détresse conjugale et consacrent un chapitre entier aux stratégies thérapeutiques ciblant spécifiquement les réponses émotionnelles des conjoints. Les stratégies préconisées pour atteindre ces buts sont décrites plus loin dans ce texte.

B. La prise en compte des recherches sur l'attachement et la personnalité des conjoints

Le rôle central des conduites d'attachement et des traits de personnalité des conjoints dans la prédiction de la qualité et de la dissolution conjugale est maintenant bien documenté par des études longitudinales prospectives rigoureuses (Karney et Bradbury, 1995). Plus spécifiquement, ces recherches montrent l'importance des facteurs de personnalité lors des situations conflictuelles les plus communes, c'est-à-dire lors des discussions sur les manifestations et le degré d'intimité souhaité au sein de la relation et lors des échanges sur la thématique du contrôle ou du pouvoir au sein du couple. Les premiers concepteurs de la PCCC traitent généralement tous les couples sur un pied d'égalité, sans tenir compte des préférences de chacun sur les plans de l'attachement ou de l'exercice du pouvoir. Cette situation prévaut même si certains conjoints préfèrent un degré élevé d'intimité alors que d'autres souhaitent visiblement plus de distance. De même, certains insistent pour un partage équitable du pouvoir et d'autres sont à l'aise dans des situations à forte asymétrie (par exemple, un patron dominant/dominé). Les recherches fondamentales dans le domaine de la personnalité et de l'attachement chez l'adulte ainsi que l'expérience clinique ont mené à un enrichissement du modèle traditionnel de la PCCC (Epstein et Baucom, 2002). Ainsi, le spécialiste en PCCC évalue maintenant systématiquement les appariements des besoins ou des styles d'attachement ainsi que le jumelage des traits de personnalité. Certains pairages provoquent inévitablement des conflits conjugaux qui

vont éprouver fortement la tolérance des conjoints. Chacun doit alors déployer une variété de stratégies actives de gestion de ces différences. Toutefois, les processus régulatoires de ces stratégies peuvent devenir difficiles à maintenir en situations de stress aigu ou chronique. La stabilité relativement grande des styles d'attachement et des traits de personnalité chez l'adulte pose une limite claire à la malléabilité de ces aspects en PCCC. Toutefois, ces résultats empiriques et ces observations cliniques doivent se répercuter sur le choix et la négociation des cibles d'intervention ainsi que sur la planification du traitement (Epstein et Baucom, 2002).

C. L'observation de taux de prévalence élevés de traumas infantiles et de problèmes psychopathologiques individuels chez les conjoints

Les répercussions profondes de la violence physique, psychologique et sexuelle vécue au cours de l'enfance sur le processus de formation des unions conjugales de même que sur la qualité et la stabilité des relations de couple sont de mieux en mieux délimitées (Godbout, Lussier et Sabourin, 2006 ; Wright, Lussier, Sabourin et Perron, 1999). De même, les recherches récentes exposées dans plusieurs chapitres montrent bien que divers problèmes psychopathologiques vécus par les conjoints entretiennent une relation bidirectionnelle avec les multiples manifestations de la détresse conjugale. Ce cumul et cette explosion des connaissances scientifiques sur les déterminants précoces des problèmes de couple complexifient passablement le travail des spécialistes en PCCC. Les protocoles d'évaluation s'alourdissent et la durée de cette phase d'intervention peut s'allonger. Par ailleurs, le clinicien intéressé dispose maintenant de modèles d'évaluation et d'intervention adaptés à divers sous-groupes de couples présentant des problématiques psychosociales spécifiques. Ces modèles facilitent l'identification des cibles principales et secondaires de traitement, de même qu'ils fournissent une aide précieuse pour réfléchir à la hiérarchisation et à la séquence des modules thérapeutiques à appliquer.

D. La multiplicité des profils évolutifs d'unions conjugales

La consultation des recherches longitudinales récentes en démographie, en sociologie et en psychologie illustre bien la nécessité pour le praticien de la PCCC de reconnaître et de prendre en compte la diversité des formes contemporaines de vie familiale. La montée en flèche du nombre et de la durée des relations de cohabitation, les taux de plus en plus élevés de naissances hors mariage, la fréquence et l'accélération du rythme des dissolutions d'union, la progression des unions formées de partenaires provenant de cultures différentes, l'acceptation sociale croissante des unions entre conjoints de même sexe ne sont que quelques-uns des phénomènes sociodémographiques qui montrent bien la vigueur du processus de désinstitutionalisation du mariage. Le clinicien de la PCCC ne peut donc plus s'appuyer sur un modèle normatif unique des relations de couple pour guider son travail. Les implications de cette situation en PCCC

sont nombreuses et elles ne peuvent être abordées ici. La forte variabilité des motifs et des situations qui entraînent une demande de consultation en PCCC s'accentue encore lorsque les conjoints se présentent avec des objectifs divergents.

E. L'importance de l'acceptation et de la tolérance

Afin d'augmenter la puissance de la PCCC traditionnelle, Jacobson et Christensen (1996) ont mené une analyse approfondie de la documentation empirique et clinique pour isoler de nouveaux facteurs thérapeutiques. En examinant trois types de patrons interactionnels destructeurs marqués par la coercition mutuelle, la polarisation des conflits et la calomnie réciproque, ces auteurs ont observé des modes de gestion de ces situations très différents chez les couples fonctionnels et dysfonctionnels. En effet, bien que la prévalence des différences de préférence et de personnalité semble fréquente chez ces deux catégories de couple, les couples heureux acceptent et tolèrent beaucoup mieux les incompatibilités que les couples en détresse. L'acceptation et la tolérance des différences forment aujourd'hui le cœur d'une nouvelle approche intégrée de la PCCC. Deux nouveaux groupes de stratégies thérapeutiques sont mis au point : l'accroissement de l'acceptation des différences et l'augmentation de la capacité de tolérance de chacun. Le premier vise à favoriser l'acceptation des différences et des incompatibilités entre les conjoints. Il s'agit d'augmenter l'intimité en incitant les partenaires à développer une vision empathique commune face au problème et à transformer leur description et leur compréhension des principales sources d'insatisfaction dans le couple. Le langage de l'acceptation nécessite de parler de sa propre expérience au lieu de décrire ce que l'autre dit ou fait de mal. Il implique aussi de favoriser l'expression des émotions moins destructrices (*soft emotions*) qui se dissimulent souvent derrière les émotions plus brutales (*hard emotions*). En PCCC traditionnelle, l'entraînement à la communication constitue une stratégie de choix pour enseigner le langage de l'acceptation. Toutefois, dans leur manuel de traitement, les concepteurs de la PCCC intégrée ne lui accordent qu'un rôle secondaire. Ils insistent davantage sur les stratégies à déployer pour faciliter l'apprentissage de réponses émotionnelles mettant plus clairement en évidence le sentiment de vulnérabilité de chacun.

Jacobson et Christensen (1996) suggèrent le recours à un deuxième groupe de stratégies axées sur l'accroissement de la réponse d'acceptation émotionnelle et l'augmentation de la capacité de tolérance de chacun. Ces stratégies se fondent sur la prémisse qu'il peut être aidant de concevoir que les traits et les comportements d'autrui qui causent de la peine et de la souffrance sont extrêmement difficiles à changer et qu'ils sont quasi inévitables. Jacobson et Christensen (1996) affirment avec vigueur que la PCCC intégrée exige plus de dextérité et de jugement de la part de l'intervenant que la PCCC traditionnelle. Le clinicien doit être en mesure de réaliser diverses analyses fonctionnelles qui révèlent les thématiques relationnelles centrales du couple. Il doit posséder une capacité d'expression de soi colorée, stimulante et proche du langage et

des préoccupations des conjoints. Enfin, il doit s'efforcer d'accepter de façon inconditionnelle les deux partenaires afin de personnifier un modèle de l'attitude à développer par ceux-ci et ce, en dépit de toute provocation !

1.2. Le protocole d'évaluation diagnostique en PCCC : buts, méthodes et choix de cas

En PCCC, la phase diagnostique revêt une importance primordiale. Au chapitre 2, nous avons formulé des recommandations sur les multiples fonctions de l'évaluation du trouble conjugal, la nature des dimensions cliniques à cibler, les méthodes de cueillette d'information à privilégier (entrevues conjointes et individuelles, questionnaires, fiches d'autoenregistrement, observation systématique du répertoire comportemental), la structure du protocole et le processus de négociation du mandat et des objectifs d'intervention. La prochaine section de ce chapitre exposera les stratégies thérapeutiques pertinentes dans le cadre d'un mandat d'amélioration de la relation : *a)* la communication ; *b)* la résolution de problèmes ; *c)* l'acceptation et la tolérance ; *d)* les cognitions ; *e)* les émotions ; *f)* l'attachement et les activités positives ; *g)* la compétence parentale ; *h)* la sensualité et la sexualité ; *i)* la négociation, l'équité et la répartition du pouvoir ; *j)* la gestion de la colère et de la violence ; *k)* la prévention de la rechute. Ensuite, la présentation portera sur les stratégies de traitement retenues lors d'un mandat de gestion de l'ambivalence ou d'intervention de crise. La hiérarchisation des stratégies présentées pour chacun des trois mandats ne vise qu'à procurer une carte cognitive organisée aux intervenants novices. Ce regroupement par thématiques et cet enchaînement des objectifs thérapeutiques ne correspondent pas à une séquence temporelle d'intervention. En réalité la séquence des cibles visées doit être adaptée à la réalité de chaque couple. De plus, à différents moments, plusieurs thématiques peuvent être traitées lors d'une même rencontre (Epstein et Baucom, 2002 ; Jacobson et Christensen, 1996). En effet, le spécialiste de la PCCC fait appel simultanément à des stratégies affectives, cognitives et comportementales traitant de l'acceptation, de l'attachement et de la relation thérapeutique. Les cas cliniques présentés illustrent des situations complexes provenant de la pratique professionnelle des auteurs. Les intervenants novices font leur apprentissage auprès de couples moins gravement perturbés. Afin de promouvoir le réalisme clinique, l'analyse porte autant sur des cas qui répondent bien à la PCCC que sur des cas d'abandon prématuré de l'intervention.

2. MANDAT VISANT L'AMÉLIORATION DE LA RELATION

2.1. Le rôle de la communication efficace

Les manuels de psychothérapie de couple d'orientation cognitive-comportementale publiés avant 1990 mettent tous en relief le caractère clé de l'entraînement à la communication et à la résolution de problème pour réduire la détresse conjugale. À l'époque,

Gottman (1999) propose même d'intégrer à la PCCC des stratégies de sur-apprentissage des habiletés de dévoilement de soi et d'écoute pour augmenter la puissance de l'intervention. La contextualisation des taux de succès de la PCCC, à la lumière de l'analyse de la validité clinique des résultats, a provoqué une remise en question de la pertinence des interventions centrées sur l'apprentissage de ces habiletés. Cette critique s'est amplifiée en raison des recherches montrant que les couples heureux, observés en milieu naturel, n'utilisent que très peu ces comportements de communication et de résolution de problème : emploi du « je » afin de personnaliser les propos, recours à des messages courts, peu complexes, définition du problème, élaboration d'alternatives. Le caractère artificiel de cet aspect de la PCCC est désormais dénoncé avec vigueur par les chefs de file de l'approche et l'enseignement des habiletés relationnelles est progressivement relégué au second plan.

Nous croyons que cette réorientation majeure des protocoles de la PCCC s'est avérée prématurée et qu'elle se fonde sur un argument spécieux. La recherche montre en effet que le répertoire comportemental des individus qui ne souffrent pas d'un trouble conjugal ne comprend pas « au naturel » les compétences communicationnelles enseignées en PCCC. Certaines études montrent aussi effectivement que les conjoints issus de couples dysfonctionnels manifestent de bonnes habiletés d'écoute lorsqu'ils s'entretiennent avec des étrangers. Nous ne contestons pas ces résultats, mais plutôt la suite du raisonnement : il ne faudrait pas favoriser l'apprentissage de ces habiletés parce qu'elles ne font pas partie de la topographie des comportements naturels des conjoints. En s'inspirant de cette argumentation, il faudrait déconseiller tout médicament à des patients diabétiques ou hypertendus parce qu'ils ne produisent pas naturellement des substances que d'autres personnes fabriquent naturellement. D'un point de vue psychologique, le recours à cet argument équivaudrait aussi à cesser de prescrire aux patients déprimés d'augmenter « artificiellement » le nombre de leurs activités agréables quotidiennes parce que les patients qui ne sont pas déprimés ne font pas d'efforts particuliers pour monitorer et accroître la fréquence des activités agréables.

Plusieurs spécialistes de la PCCC ont jeté le bébé avec l'eau du bain. La pertinence clinique de l'enseignement des habiletés de communication doit être accrue en tenant compte d'un ensemble de composantes affectives, cognitives et systémiques traitées dans la présente section. L'expérience enseigne que rares sont les couples en PCCC qui ne profitent pas de quelques séances visant l'amélioration de leurs stratégies de communication. Chez les couples les plus dysfonctionnels, l'enseignement de ces habiletés ne résout qu'une partie des difficultés. Par ailleurs, du point de vue de la hiérarchisation des objectifs thérapeutiques, il existe au moins trois avantages à prioriser l'acquisition de compétences communicationnelles. Tout d'abord, les difficultés de communication sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation en psychothérapie conjugale (Boisvert, Wright, Mondor, Lorange et McDuff, 2007 ; Doss, Simpson et Christensen, 2004). Deuxièmement, le choix de cette cible d'intervention mène à une implication active des conjoints entre les rencontres. En effet, le clinicien suggère la lecture de textes

(p. ex., Wright, 1990) susceptibles de changer les attitudes, les connaissances et la sensibilité des conjoints en matière de communication personnelle. Troisièmement, le recours à ce module de traitement s'accompagne à court terme de changements concrets, observables même chez des couples en détresse grave.

L'efficacité de l'entraînement à la communication dépend de la capacité du clinicien à identifier et à tenir compte des déficits comportementaux spécifiques notés lors des rencontres diagnostiques. Ces difficultés revêtent des formes très variées, allant du manque quasi total de communication verbale à une communication déficiente au niveau de la profondeur, de l'affinité ou de la complicité (voir le cas de Florence et Bernard, plus bas). Au surplus, certains couples (voir France et Denis, plus bas) se plaignent qu'ils ne se comprennent pas et qu'ils sont sur des longueurs d'ondes différentes. Enfin, bien des couples (voir le cas de Joanne et Philip) utilisent des stratégies ponctuées d'un mélange de blâmes, d'attaques, d'attitudes défensives, de menaces ou de retraits. Lorsque la PCCC est utilisée auprès de couples perturbés, il est à déconseiller de cibler les stratégies de communication sans d'abord observer et parfois modifier les émotions et les croyances correspondantes. Enfin, le clinicien a tout avantage à observer et à tenter de modifier le patron d'interaction circulaire qui contextualise l'emploi des habiletés de communication : patron poursuite/distance, rationnel/émotif, dominance/soumission et ainsi de suite (voir les chapitres 1, 2 et 6). À titre d'illustration, le tableau 4.1 contient une analyse de la communication d'un couple, France et Denis, déjà rencontré au chapitre 2. Nous recommandons au clinicien, avant de traiter la communication chez un couple dysfonctionnel, de compléter un tel tableau. Ce tableau structure la réflexion et les interventions du clinicien et il peut servir de base à une discussion avec les conjoints.

France et Denis sont d'excellents candidats à l'entraînement aux habiletés de communication. Voici les critères qui ont guidé notre décision.

- Leurs difficultés de couple sont assez récentes.
- Chacun tient à la relation de couple.
- Les conjoints ne souffrent pas de trouble mental grave.
- Leurs réponses émotives et cognitives sont problématiques sans être trop complexes.
- Leur capacité de communiquer avec d'autres personnes ne pose pas de difficultés.
- Au début de la relation, dans plusieurs secteurs de vie conjugale, la communication est abondante et adéquate.
- Tous deux travaillent dans le domaine de la communication et chacun possède un diplôme de 1er cycle dans cette discipline.

TABLEAU 4.1
Exemple d'une analyse d'un schéma d'escalade en fonction des émotions, des cognitions et des comportements d'un couple en mandat d'amélioration de la relation

	Denis	France
Émotions	Anxiété, insécurité, dépendance.	Irritabilité, ennui, attachement.
Cognitions	« Notre relation est à risque. Il faut que je me mobilise. »	« Puisque je vis beaucoup d'insécurité, il n'est pas disponible pour penser à moi. »
Comportements problématiques	Il pose beaucoup de questions nerveusement, ne répond pas à ce qu'elle dit, mais formule ses propres hypothèses.	Elle montre de l'impatience et son expression non verbale laisse croire qu'elle a des préférences qu'elle ne verbalise pas.
Résumé du patron d'interaction rendant le couple malheureux	Affichant de l'insécurité, il déduit qu'elle l'aime moins et s'active fébrilement à chercher des solutions qui sont fondées sur une faible connaissance de ce qu'ils vivent réellement.	France devient frustrée par rapport à ses démarches. Comme Denis est peu sensible à l'aspect interactif de leur problème, elle dénonce son insécurité et son insensibilité et commence à l'éviter.

Le clinicien amorce le travail en spécifiant les règles de base de la communication : *a)* l'objectif visé est simple et circonscrit. Il s'agit d'assumer, tour à tour, deux rôles : celui de l'émetteur, centré sur l'expression de ses opinions et de ses émotions, et celui du récepteur, centré sur l'écoute des manifestations verbales et non verbales ; *b)* le but de la communication efficace ne vise pas la résolution immédiate d'une situation problématique ou d'un conflit spécifique ; *c)* cette stratégie se distingue nettement de l'expression modulée de la colère ou la frustration intense. La présence d'émotions fortes telles que la colère et la frustration, surtout au début de l'apprentissage de la communication, rend impossible la concentration sur le processus.

Comme chez la majorité des couples, le clinicien recommande à France et Denis, lorsqu'ils jouent le rôle de l'émetteur : *a)* de personnaliser leurs propos (utiliser le « je ») ; *b)* de parler subjectivement et de ne pas s'exprimer en invoquant des vérités absolues (« à mon avis »). Dans le rôle du récepteur, le clinicien leur recommande : *a)* de démontrer leur écoute à l'aide du non-verbal (hochements de tête, regards ; être attentif à ne pas interrompre et à ne pas faire de signes corporels négatifs) ; *b)* de tenter de résumer verbalement ce que l'autre dit, en signe de compréhension (« Si j'ai bien compris, tu penses ou tu sens que… ») tout en étant conscient que ceci ne reflète pas nécessairement votre accord avec l'affirmation résumée.

Le clinicien aide le couple à choisir un (et non plusieurs) sujet de conversation qui n'implique pas de fortes émotions, ce qui facilite la prise de perspective et l'observation des comportements de communication. Denis veut échanger sur une fin de semaine qu'ils ont passée ensemble dans une auberge. Le clinicien observe les échanges pendant quatre minutes en prenant des notes. Il met fin à la pratique quand Denis commence à manifester des signes de panique et que France s'impatiente. Le clinicien demande alors aux conjoints de s'autoévaluer :

Vignette clinique – France et Denis

Clinicien : Est-ce que chacun peut nommer ce qu'il a apprécié et ce qu'il a moins apprécié dans son propre style de communication ?

France répond immédiatement : Je ne l'écoutais pas attentivement quand il parlait. Je préparais ma réplique et, parfois, je perdais le fil.

Denis enchaîne : Je tentais de ne discuter que d'un seul sujet à la fois et de ne pas blâmer France, mais quand elle parlait, je n'écoutais pas beaucoup parce ce que ce qu'elle disait me paniquait beaucoup.

Cette démarche d'autoévaluation peut se dérouler spontanément ou elle peut être guidée par des fiches d'enregistrement ou des listes de comportements communicationnels positifs ou négatifs à cocher (Wright, 1990).

Lors des pratiques suivantes, le clinicien donne d'autres consignes spécifiques à chacun :

Vignette clinique – France et Denis

Clinicien : Denis, lorsque vous êtes dans le rôle de l'émetteur, j'aimerais que vous essayiez de faire des interventions un peu plus courtes, car si elles sont trop longues, il devient difficile de les résumer.

Le clinicien s'efforce aussi de décrire les émotions ou les impressions positives et négatives vécues en rapport avec l'événement. Voici une série d'interventions formulées lors de la discussion subséquente :

Vignette clinique – France et Denis

Clinicien : Lors de votre fin de semaine avec France, vous avez sans doute ressenti des émotions positives. Voici une liste des deux types d'émotions [le clinicien remet à chacun une liste de réponses émotives].

Quelles émotions positives avez-vous vécues lors de cette fin de semaine ?

	Denis, lorsque vous êtes dans le rôle du récepteur, tentez de vous concentrer sur les paroles et les émotions de France et non pas sur leur impact sur vous. Votre guide mental pourrait être : Comment vais-je résumer ce qu'elle a dit ?
	France, j'ai remarqué que lorsque Denis vous parle, vous semblez avoir une expression non verbale amusée. Il y a plusieurs avantages à sourire quand deux conjoints communiquent : ça peut être agréable et créer une bonne complicité entre vous deux. Pensez-vous que votre sourire dit à Denis : « Je t'écoute et j'essaie de te comprendre » ?
France répond :	Non. Je crois plutôt qu'il pourrait penser que je ris de lui, ce qui est parfois vrai. À certains moments, il ressemble tellement à un acteur de téléroman tragique. Si je le prends trop au sérieux, je pourrais devenir impatiente et commencer à argumenter.

Le clinicien décide de ne pas appliquer de stratégies cognitives sur l'hypothèse émise par France. Il démontre plutôt, par *modeling*, comment elle pourrait exprimer cette perception à Denis sans présenter cette perception comme une vérité absolue. Le clinicien encourage France à exprimer son avis plus souvent par des paroles que par un sourire lorsqu'elle ressent de la frustration. Il présente le concept de double message provenant de l'école systématique à l'aide d'exemples de comportements verbaux et non verbaux manifestés par chaque conjoint durant les cinq dernières minutes de l'interaction.

Comme c'est souvent le cas, au cours des séances suivantes, le clinicien utilise des séquences de plus courtes durées et des instructions, des rétroactions et du *modeling* de quelques secondes adaptés aux besoins de chaque individu. Cette approche consiste, en s'inspirant des principes de façonnement, à permettre une maîtrise plus rapide des habiletés enseignées. À l'intérieur de 45 minutes, les deux conjoints ont eu l'occasion d'expérimenter à la fois le rôle de l'émetteur et celui de récepteur sur la thématique et chacun progresse sur les comportements ciblés. Denis comprend plusieurs retombées positives de ses résumés : « France semble prendre plus d'intérêt à se révéler quand je résume ses propos et je ne trouve pas sa vision si stressante que ça quand j'écoute mieux. Je commence à comprendre d'où viennent ses émotions. » Il note aussi les retombées d'un meilleur équilibre entre les émotions positives et négatives lorsqu'ils s'expriment : « C'est comme si je m'oblige à voir autant le côté encourageant que le côté stressant de son message. »

France saisit rapidement l'impact de son non-verbal moqueur et de son faible taux de révélation de soi : « Je l'obligeais à jouer à la devinette. Mais plus il devinait, plus je souriais et plus il paniquait. J'ai suivi votre modèle et j'ai dit la vérité en quelques phrases. Jusqu'à présent, Denis semble bien le prendre, mais à la maison et sur d'autres sujets, la situation est bien différente. »

Le clinicien termine la séance par la recommandation d'un projet maison qui consiste à mettre en pratique à deux reprises ces habiletés sur des sujets qu'il leur est aisé d'aborder. Puis, il leur décrit d'autres stratégies de communication qui seront visées dans les prochaines rencontres.

Sous l'impulsion des travaux théoriques et cliniques de Poitras-Wright (2006), le mandat d'amélioration de la relation et de réduction de la détresse conjugale se subdivise en trois catégories : relations conflictuelles, relations où l'amour, le désir et l'affection se sont atténués fortement et relations satisfaisantes nécessitant des ajustements mineurs. Cette conceptualisation originale jouit de solides appuis empiriques (Tremblay, Wright, Mamodhoussen et Sabourin, à paraître). De plus, sur le plan de la pratique professionnelle, cette catégorisation tripartite conduit à une analyse psychothérapeutique mieux différenciée et plus efficace de la communication au sein du couple. Le cas de France et Denis appartient à la troisième catégorie de la classification. Voici deux exemples qui s'appliquent aux deux premières catégories. Par définition, les couples en quête d'ajustements mineurs n'ont pas de problèmes sérieux sur le plan de la communication.

A. Relation où l'amour, le désir et l'affection se sont atténués fortement

Florence, 43 ans, travailleuse sociale, et Bernard, 45 ans, ingénieur, consultent parce qu'ils n'ont pas de rapports sexuels depuis un an. Florence n'éprouve plus de désir et tous deux se plaignent d'une communication rare et empreinte de distance. Il s'agit de deux individus qui, dans leurs rapports sociaux, sont assez flegmatiques mais qui sont capables d'affection avec leurs enfants âgés de 13 ans (garçon) et de 16 ans (fille). Florence et Bernard proviennent de familles peu expressives et Florence reconnaît que son attachement romantique à Bernard n'a pas duré plus d'un an. À la demande des conjoints, l'intervenant entreprend un entraînement à la communication. Son pronostic est cependant réservé pour diverses raisons.

- Les deux individus ressentent peu de sentiments positifs l'un envers l'autre.
- Ils n'ont que peu de projets communs et les événements conjugaux positifs sont rares.
- Chacun a déjà été suivi en psychothérapie individuelle pour épuisement et des symptômes résiduels persistent.
- Les conjoints désirent rester ensemble surtout pour des raisons externes, même si certaines de celles-ci sont valables : peur de l'inconnu, dépendance, souci pour leurs enfants.

Les premières séances révèlent une bonne maîtrise de la majorité des stratégies de communication mais un choix de sujets peu dynamique, une absence d'émotions positives et une expression non verbale apathique. Peu de gains positifs sont observés lors des séances subséquentes. Cette impasse persiste même quand l'intervenant tient

compte des stratégies de gestion des affects de chacun et des croyances irrationnelles inhibées. Après 26 entretiens de PCCC abordant en outre l'acceptation, l'attachement et la sexualité, le degré de satisfaction ressenti par les conjoints n'a pas changé (sur l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier, 1976, Bernard était légèrement satisfait et Florence était légèrement insatisfaite). Les séances se sont conclues par une entente implicite de non-séparation pour protéger les enfants et profiter de l'ambiance familiale et amicale établie.

B. Relations conflictuelles

Chez Joanne et Philip, la communication se caractérise par des arguments douloureux : un amalgame de blâme, d'attaques, de réactions défensives, de menaces et de retraits. Ces difficultés de communication sont accentuées par la présence de traits limites de personnalité chez Joanne et par des épisodes dépressifs récurrents chez Philip. Le point culminant des disputes est marqué par des attaques dramatiques menées par Joanne et par un silence glacial de Philip qui peut durer quelques semaines. Cependant, certains points positifs ressortent et le clinicien estime que le pronostic d'apprentissage des habiletés de communication est favorable.

- Chacun a suivi une psychothérapie individuelle (Joanne en thérapie d'approche psychodynamique et Philip en thérapie cognitive-comportementale).
- Lorsqu'ils ne sont pas trop envahis par leurs émotions négatives, les conjoints manifestent une capacité modérée de compréhension de soi et d'autrui.
- Il existe un attachement profond réciproque entre les conjoints, même si, depuis deux ans, chacun menace régulièrement de mettre fin à la relation.

Suite aux quatre séances d'évaluation, le clinicien propose que de trois à cinq séances de la première phase de l'intervention soient consacrées à une meilleure compréhension de leur histoire individuelle et conjugale. En leurs propres mots, chacun se sent fragile : Joanne a peur d'être envahie par l'anxiété diffuse qu'elle ressent souvent, tandis que Philip craint le retour de la dépression. Chacun craint que les séances conjugales ne déchaînent des disputes blessantes. C'est ce qui s'est produit, selon eux, lors d'un traitement conjugal précédent avec un intervenant qui leur a semblé très peu directif. La bibliothérapie est utilisée pour enseigner certaines règles de base de la communication conjugale. Les consignes supplémentaires correspondent à celles employées avec Denis et France. Cependant, afin de tenir compte de l'insécurité ambiante, de la gravité du déficit communicationnel et de l'échec thérapeutique précédent, le clinicien fait tout de même une présentation standardisée : « J'aimerais que chacun prenne la parole durant cinq à dix minutes pour raconter sa vision des événements importants et récents survenus dans votre couple et dans votre famille. Pour la première moitié de chaque séance, je prendrai le rôle du récepteur. Lors de la deuxième moitié de chaque session, si vous êtes prêts, vous pourrez me remplacer dans le rôle du récepteur. »

Au départ, les émotions exprimées par chacun sont si intenses que le clinicien insiste pour que l'émetteur se concentre uniquement sur des cibles thérapeutiques simples : *a)* l'usage du « je » ; *b)* l'emphase sur le caractère subjectif des opinions personnelles (« à mon avis… ») ; *c)* l'évitement des reproches ou des recommandations visant à solutionner le problème discuté. Pour illustrer le rôle du récepteur, le clinicien démontre la pertinence de quelques comportements à la portée des conjoints : *a)* l'écoute non verbale ; *b)* les résumés ; *c)* occasionnellement, la validation. Le clinicien ne se pose pas en modèle de récepteur parfait et inatteignable. Dès la première moitié de la première séance, Joanne dit qu'elle apprécie beaucoup la structure de l'exercice et les résumés du clinicien. Elle ajoute qu'elle appréhendait beaucoup les rencontres de couple, parce qu'à part son mari, elle n'a pas confiance aux hommes. Elle s'est fait violer à 14 ans par un des ses oncles et son père l'a accusée de mentir jusqu'à ce que, trois ans plus tard, cet oncle soit arrêté pour agressions sexuelles commises envers d'autres adolescentes. Elle mentionne aussi que le thérapeute de couple précédent prenait davantage la défense de Philip que la sienne. Cet échange montre la puissance potentielle de la relation thérapeutique, que celle-ci soit examinée sous l'angle de l'alliance, de la collusion systémique ou du transfert. Par la suite, le clinicien, en s'inspirant d'une vision systémique du processus thérapeutique, se désengage pour ne pas augmenter trop rapidement le degré d'intimité avec Joanne et pour éviter que Philip se sente rejeté ou en présence d'un rival.

Vignette clinique

Clinicien :	Joanne, ceci semble être de bonnes nouvelles à plusieurs niveaux. Philip, aimeriez-vous vous résumer les propos de Joanne ? Je compléterai au besoin.
Philip répond :	Joanne sent une insécurité ici et elle aime votre façon de résumer ses propos. Elle a eu des expériences traumatisantes avec son oncle et son père [je pourrais vous en dire plus] et je suis d'accord avec elle sur le fait que notre thérapeute de couple précédent n'aimait pas son côté expressif.
Le clinicien ajoute :	Philip, avant que vous ne demandiez à Joanne de valider votre résumé, il me semble que vous avez oublié un volet de sa révélation : vous est le seul homme en qui elle ait confiance.

Ce protocole d'entraînement aux habiletés de communication a été appliqué durant quatre rencontres. Chaque séance se déroule selon de la même façon. Au début de ces entretiens, les partenaires sont déstabilisés émotionnellement. Grâce au respect des règles de communication, les événements bouleversants sont discutés d'une façon de plus en plus lucide et les échanges ne sont plus aussi blessants qu'auparavant. À ce stade, le clinicien ne veut toutefois pas créer de pression supplémentaire. En conséquence, il souligne les progrès de chacun en précisant qu'ils ne maîtrisent pas encore suffisamment

ces habiletés pour les appliquer sans aide à domicile. En fait, le clinicien déconseille aux conjoints de pratiquer ces comportements à domicile. À court terme, ces compétences ne sont utilisées qu'en séance sur des thèmes qui ne sont pas trop associés à des émotions douloureuses.

Ce mode d'approche de la communication conjugale se distingue des modèles traditionnels de Jacobson et Margolin (1979) et de Wright et Sabourin (1985) : *a)* au début, le clinicien assume le rôle du récepteur ; *b)* les habiletés de dévoilement et d'écoute sont ciblées durant quatre séances avant d'entamer un travail sur l'acceptation, sur les émotions et sur les croyances ; *c)* l'application à domicile de ces habiletés n'est encouragée qu'après une période de progrès. De plus, dans le cas de Joanne et de Philip, certains patrons d'interaction destructeurs doivent aussi être modifiés avant que la détresse conjugale ne diminue significativement. Le retrait glacial de Philip et la tendance de Joanne à procéder à des achats compulsifs ou à planifier une sortie entre filles quand elle se sent frustrée à l'égard de Philip constituent des modes dysfonctionnels de régulation des émotions à changer. Ces patrons d'interaction sont repérés rapidement par le clinicien. Ce dernier décide cependant de préparer les conjoints à en discuter en enseignant d'abord des habiletés de communication. Il formule l'hypothèse que ce patron néfaste d'interaction ne peut être changé si les conjoints ne disposent pas de compétences communicationnelles minimales. Il croit aussi que la confrontation prématurée des conjoints à ce mode destructeur d'échange risque d'induire un fort sentiment d'impuissance chez Joanne et Philip.

2.2. La résolution des problèmes et des conflits conjugaux

L'incapacité de résoudre des problèmes caractérise le fonctionnement d'une proportion élevée de couples en début de traitement. Divers patrons dysfonctionnels sont observés, mais deux situations problématiques ressortent plus fréquemment. Premièrement, chacun se replie sur sa position et sur sa solution, sans être intéressé outre mesure à faire de compromis. Les discussions sur la gestion des problèmes donnent alors lieu à une lutte pour le pouvoir ou à des explosions de colère. Deuxièmement, d'autres couples abordent plusieurs problèmes de front sans parvenir à résoudre quoi que ce soit. Lorsque les discussions sont inefficaces ou blessantes, certains couples passent de longues périodes à ne pas aborder de problèmes importants. Les stratégies à respecter afin de maximiser les chances de résoudre un problème ou un conflit en dyade ou en groupe sont bien identifiées dans la documentation et elles sont relativement simples. Cependant, même si le couple réussit à respecter ces stratégies, certains problèmes ne se résolvent pas à la satisfaction des deux parties. Ces impasses s'expliquent généralement par la présence de préférences et de valeurs en apparence irréconciliables vis-à-vis certaines thématiques conjugales.

En règle générale, l'enseignement des comportements de résolution de problème s'appuie sur des lectures préalables, faites au moins une semaine avant la première séance (p. ex., Wright, 1990). Lors de la première séance, le clinicien remet à chaque conjoint un document écrit comprenant les cinq stratégies à suivre lors d'une séance de

résolution de problème. Par la suite, il s'agit d'explorer les impressions et les questions à propos des lectures faites et des cinq stratégies suggérées. Cette discussion inclut idéalement des exemples tirés de leurs propres tentatives de résolution de problème. Le protocole d'enseignement de ces habiletés illustré ici, à partir du traitement de Gabrielle et Pierre, porte plus spécifiquement sur la répartition problématique des tâches domestiques. Ce couple a fait l'objet d'une courte présentation au chapitre 2. Nous résumons ici ce travail en quatre étapes.

A. Définir la thématique

Il est crucial : *a)* de bien délimiter le sujet qui exige une résolution de problèmes et de s'entendre sur la définition du conflit ; *b)* de circonscrire chacun des conflits, si le sujet se décompose en plusieurs conflits, et d'obtenir un consensus sur le sous-conflit qui fera l'objet de la première séance de résolution de problème. Selon Gabrielle, le problème touche à la fois la quantité de travail – elle en fait plus que Pierre – et l'attitude de Pierre vis-à-vis certaines tâches – il laisse traîner certains objets de façon irrespectueuse. Pierre reconnaît ces deux volets du problème, mais il en ajoute un troisième, le stress associé aux heures de travail – son travail à l'extérieur est selon lui plus stressant que celui de Gabrielle. Gabrielle confirme la validité de ce dernier aspect du problème, mais elle ajoute que ses tâches à la maison sont plus stressantes que les siennes : urgences médicales ou scolaires des enfants, coordination des horaires de chacun, etc.

Le clinicien résume les trois sous-problèmes (quantité du travail, attitude de Pierre vis-à-vis certaines tâches et degré de stress). Ensuite, il leur propose de mettre temporairement de côté la définition du problème jusqu'à ce que la deuxième phase soit complétée.

B. Clarifier l'importance, pour chacun, de la thématique ainsi que les besoins et les désirs de chacun

Gabrielle désire se sentir respectée par Pierre. Elle veut aussi que leur degré réciproque d'implication au sein de la vie familiale soit prioritaire pour les deux. Gabrielle souhaite aussi que le principe d'équité et de justice soit respecté et que la maison soit propre. Pierre partage les préoccupations de Gabrielle à propos du respect, de l'implication familiale et de l'équité. Il n'a toutefois pas les mêmes exigences que Gabrielle sur le plan de la propreté de la maison. Il qualifie la réaction de Gabrielle face à ses petits oublis de « *volcanique* ». Il soupçonne que la colère de Gabrielle cache d'autres sentiments : peut-être qu'elle ne l'aime plus. Il consent toutefois à prioriser d'abord la répartition équitable des tâches domestiques.

Le clinicien résume les enjeux exprimés par chacun et souligne que si la psychothérapie conjugale évolue bien, les trois volets de leurs préoccupations seront éventuellement abordés. Il propose cependant lui aussi d'aborder en premier lieu l'équilibre de la distribution du travail à l'intérieur et à l'extérieur de la maison.

C. Proposer et discuter des solutions alternatives

Le clinicien demande à Gabrielle et à Pierre de proposer plusieurs solutions au conflit, en leur rappelant que les solutions les plus efficaces sont celles qui répondent aux besoins et aux désirs des deux parties. Dans les cas de conflits sévères ou quand le patron d'interaction est très rigide, nous recommandons aux deux individus de suivre les principes du *brainstorming* : émettre plusieurs solutions, même les plus farfelues, sans les critiquer ni les défendre. Cependant, cette consigne prolonge une séance de résolution de problème et le clinicien ne la juge pas nécessaire pour Gabrielle et Pierre. Chacun propose des solutions intéressantes : Gabrielle désire inverser les responsabilités pour une semaine afin que chacun puisse saisir mieux l'implication de l'autre. Pierre suggère d'être plus vigilant, parce qu'il comprend mieux pourquoi les objets qu'il laisse traîner (ses caleçons, tasses de lait sales, souliers de jogging sales, le journal du samedi, le courrier de plusieurs jours) incommodent Gabrielle. Le clinicien désire mettre à profit les 14 jours qui les séparent d'une prochaine rencontre pour que chacun complète, durant une semaine, une feuille d'autoobservation de la charge de travail (voir Wright, 1990, p. 200-202). Ces fiches d'observation sont transmises au clinicien par courriel à chaque semaine. Le recours au courriel peut surprendre, mais il tient compte de l'évolution sociale contemporaine. Plusieurs individus emploient systématiquement l'ordinateur pour établir des contacts intimes et pour répondre à des besoins de stimulation intellectuelle et affective. Bien que ces nouvelles pratiques sociales soient parfois associées à des excès (cyberpornographie, jeux vidéo violents, jeu compulsif), elles méritent aussi d'être utilisées pour réduire la détresse conjugale. Ce mode d'autoobservation met parfois en relief plus nettement l'hypervigilance méfiante des conjoints de même que l'usage systématique de la critique et l'absence de renforcement.

Les deux partenaires acceptent cette proposition. La séance se termine par un échange sur les bienfaits de cette approche d'enseignement de la résolution de problème. Les conjoints se déclarent satisfaits et ils apprécient de constater qu'un thème délicat, source de malentendus et de conflits depuis six mois, peut être abordé calmement, tout comme au début de leur relation.

À la séance suivante, et en se fondant sur les résultats du processus d'autoobservation, Gabrielle propose une nouvelle définition du problème. Au cours des deux dernières semaines, la somme totale d'heures de travail de chacun s'est avérée équitable. De plus, Pierre est maintenant beaucoup plus enclin à ranger. L'analyse montre aussi que le stress et les heures de travail de Pierre sont cycliques. En période de surcharge, provoquée par l'absence d'enseignants ou par le dépôt d'un nouveau rapport gouvernemental, Pierre augmente ses heures au bureau et il diminue celles consacrées aux tâches domestiques. Ce stress l'amène aussi à négliger son engagement de ranger ses vêtements et ses objets personnels. Puisque Gabrielle ne veut pas négliger ses responsabilités familiales, elle effectue alors les tâches que Pierre ne fait pas. Pierre devient plus irritable et il souhaite que, durant ces périodes, Gabrielle le materne pour réduire son stress. Il ne la remercie pas pour le surplus des tâches qu'elle assume. Pierre reconnaît

que la description de Gabrielle est fidèle. D'ailleurs, il appréhende le mois à venir, car il prévoit une augmentation de sa charge de travail au bureau. Le clinicien suggère une deuxième séance de résolution de problème en tenant compte de cette nouvelle définition du problème. Cette deuxième rencontre conduit à d'autres solutions partiellement efficaces. Elle aboutit aussi à d'autres séances de discussion portant sur *a)* l'expression de l'appréciation et de l'attachement éprouvé par chacun vis-à-vis l'autre et *b)* la nature, l'origine et la compatibilité de leurs normes de propreté et d'ordre.

2.3. La résolution de problèmes avec un couple plus dysfonctionnel

Philip et Joanne, dont nous avons parlé plus haut, font face à de multiples conflits non résolus. Après avoir progressé sur certaines facettes de leur communication, le clinicien recommande l'application de stratégies de résolution de problème pour la gestion de leurs finances, une source majeure de conflit entre les conjoints.

A. Définir la thématique

Dès les premières tentatives de définition du problème, la dynamique très oppositionnelle entre Joanne et Philip ressort clairement. Du point de vue de Philip, Joanne n'est pas en mesure de respecter un budget établi ensemble. Selon Joanne, Philip ne laisse jamais de place aux imprévus dans le budget. De plus, elle lui reproche de ne jamais divulguer le montant de leurs épargnes communes et d'être encore plus discret à propos des ressources financières accumulées avant leur mariage. Elle considère ce procédé paternaliste et injuste. Le clinicien admet que les deux thèmes sont peut-être reliés. Toutefois, à ce stade-ci, il croit préférable de les aborder séparément. Les conjoints choisissent d'examiner le budget mensuel. Le deuxième sujet, abordé lors de la rencontre suivante, est très délicat.

B. Clarifier l'importance de la thématique, ainsi que les besoins et les désirs de chacun

De 18 ans à 30 ans, avant de se marier, Philip a épargné une somme d'argent visiblement considérable. Le contrat de mariage stipule que cette somme lui appartient en propre et qu'il n'a l'obligation de révéler ni le montant de ses économies, ni les modalités d'accès à ses ressources. Philip n'a jusqu'à présent pas jugé bon d'expliquer à Joanne les motifs qui l'ont amené à inclure cette clause dans leur contrat de mariage. Joanne attribue des motifs négatifs à ce secret (p. ex., « il veut me contrôler » ; « il n'a pas confiance » ; « il veut garder la somme pour démarrer une nouvelle vie sans moi » ; « si ça va mal entre nous et que l'on se sépare, je n'aurai jamais le même pouvoir d'achat que lui, alors il fait une sorte de chantage avec cette somme : "ne me quitte pas, tu serais trop pauvre" »). Pendant que chacun exprime son point de vue, l'autre réplique, contredit, critique, etc. Le clinicien rappelle à plusieurs reprises les stratégies de communication et les règles de la résolution de problème : parler chacun son tour, rester centré sur

le problème, etc. La problématique est épineuse et le clinicien suggère aux conjoints de consacrer plus de temps à la phase 1 du processus. À la fin de cette période, le clinicien résume l'importance de la thématique pour chacun :

Vignette clinique

Clinicien : J'apprécie que chacun ait respecté les règles de communication et de résolution de problèmes. Il n'est pas surprenant que vous ayez toujours eu de la difficulté à résoudre ce conflit. Je ne suis pas certain qu'à court terme une solution puisse satisfaire les deux, mais je crois qu'une discussion plus approfondie facilitera une meilleure gestion de ce dilemme.

Ensuite, le clinicien trace l'historique du conflit et aborde le problème sous l'angle de leurs personnalités respectives, de leurs valeurs et de la difficulté inhérente à gérer de telles incompatibilités.

C. Proposer et discuter des solutions de rechange

Devant le caractère rigide et oppositionnel des conduites de Philip et de Joanne, le clinicien recommande aux conjoints de respecter fidèlement les principes du *brainstorming* (p. ex., émettre plusieurs solutions, même les plus farfelues, sans les critiquer ni les défendre).

Les conjoints ont eu besoin de deux séances supplémentaires pour compléter les trois dernières étapes du processus de résolution de problème. Avec l'aide du clinicien, ceux-ci optent pour un compromis qui, sans régler tous les irritants, réduit considérablement la tension à court et à moyen termes. Philip accepte de modifier son testament et de dévoiler la somme léguée à Joanne. Il s'engage aussi à verser une somme annuelle de 20 000 $, tirée de ses épargnes, au budget familial. Cette somme va permettre de réaliser des projets agréables communs : voyages et cadeaux inattendus. Joanne et Philip s'entendent aussi sur un changement d'attitudes qui tiendra compte de l'évolution de leur relation : « Si notre couple va mieux, en démontrant qu'il y a un engagement mutuel pour le reste de nos jours et que nos plus grandes sources de conflits sont réglées, y compris la gestion mensuelle du budget familial, nous allons reconsidérer la possibilité d'envisager une gestion commune de cette somme, qui nous appartiendrait alors à tous les deux. » Joanne demeure frustrée face au style de gestion inéquitable de Philip. Elle ressent encore de l'insécurité face à sa situation financière en cas de divorce. Cependant, elle reconnaît que les solutions proposées se situent à mi-chemin des positions de chacun. Joanne constate aussi qu'il y a des signes encourageants de développement d'une plus grande confiance mutuelle. Cette thématique sera reprise et approfondie un an plus tard.

2.4. L'identification et l'expression des émotions

A. Des émotions inexprimées

Les spécialistes de la PCCC accordent une place de plus en plus importante à l'identification et à l'expression des émotions réprimées, refoulées ou minimisées par les conjoints (Epstein et Baucom, 2002). Les stratégies priorisées pour y parvenir s'apparentent aux méthodes classiques employées en thérapie cognitive-comportementale individuelle pour le traitement de l'anxiété. Il s'agit d'augmenter la tolérance aux émotions négatives personnelles et à celles vécues par le partenaire. Le clinicien fait rarement des interventions qui ciblent uniquement les émotions. Il traite simultanément les affects, les cognitions et les comportements. Cependant, certaines stratégies sont expressément consacrées à l'identification et à l'expression des émotions. Cette méthode comporte plusieurs avantages. Parmi ceux-ci, mentionnons que le fait de bien connaître ses propres émotions aide chacun des conjoints à connaître les sources de ses satisfactions et insatisfactions conjugales et facilite beaucoup le développement d'un plan d'intervention personnalisé. En outre, une personne qui refoule ou banalise ses émotions peut agir d'une façon qui est mystifiante pour elle-même et pour son conjoint. Par exemple, des gestes ou comportements passifs-agressifs tels que le sabotage ou la vengeance ont souvent pour origine de la colère ou de la frustration refoulées. Enfin, certaines personnes qui n'expriment pas leurs émotions se sentent distantes, moins intimes et moins engagées dans la relation. Chez certains couples, l'expression des émotions contribue à augmenter l'intimité et la satisfaction conjugale. Cependant, il est contre-indiqué de tenter d'augmenter l'expression des émotions réprimées à n'importe quel moment de la thérapie. Cette procédure est très puissante et le clinicien doit posséder une bonne compréhension du couple, du rôle des émotions inexprimées dans la dynamique individuelle et conjugale et disposer d'un plan de traitement bien justifié avant de l'amorcer. Nous partageons l'avis exprimé par Johnson (1996) dans son approche thérapeutique centrée sur les émotions (chapitre 5), à savoir que chez bien des couples, la détresse est reliée à des problèmes d'attachement et que l'identification et l'expression des émotions non exprimées autour des ces thématiques est prioritaire. Cependant, dans notre pratique auprès d'une portion significative de couples, ce modèle explicatif de la détresse qui intervient uniquement sur l'expression des émotions demeure incomplet.

L'analyse des émotions s'appuie ici sur trois prémisses fondamentales. La première prémisse stipule que certaines émotions sont plus accessibles que d'autres et que les individus évitent certaines pensées, actions ou émotions parce que ces expériences les rendent inconfortables. Cette prémisse est partagée par des cliniciens d'approches thérapeutiques diverses. L'évitement ou la fuite de ces expériences sont donc renforcés parce qu'ils réduisent immédiatement l'inconfort. Ce processus assez simple justifie la deuxième prémisse mise de l'avant par Johnson (1996), qui distingue les émotions **primaires** (p. ex., anxiété d'abandon), qui sont les réponses « ici et maintenant » à une situation, des émotions **secondaires** (p. ex., colère), qui renvoient à des réactions et à

des tentatives de gestion des émotions primaires. Nous adhérons à l'hypothèse de Johnson (1996) selon laquelle les émotions secondaires cachent souvent des émotions primaires. Ce camouflage peut avoir deux rôles : *a)* permettre à l'individu d'éviter l'émotion qui le rend inconfortable et *b)* éviter d'exprimer cette émotion à son partenaire par peur des retombées négatives (insulter, blesser, choquer, etc.). Ces deux premières prémisses expliquent pourquoi certains individus ont accès plus facilement aux émotions de colère, derrière lesquelles se cachent des réactions d'impuissance et de solitude et de l'anxiété, ainsi qu'un sentiment d'être rejeté. La troisième prémisse précise que selon le cheminement de l'individu, n'importe quelle émotion primaire peut déclencher des émotions secondaires inconfortables. Par conséquent, le clinicien ne doit pas recourir uniquement à son propre fonctionnement émotif ou à des normes sociales comme pistes afin de découvrir l'émotion cachée. Certaines émotions dites positives telles que la joie, l'excitation sexuelle et la tendresse peuvent déclencher des émotions inconfortables. Ce dernier patron de réaction est très fréquent chez les victimes de trauma, à la suite, par exemple, de la perte d'un être cher ou d'une agression sexuelle.

L'accès aux émotions primaires dépend de la capacité de créer un environnement sécurisant propice à l'exploration de ces émotions en faisant appel aux stratégies détaillées au chapitre 2. Ce travail ne se fait pas au détriment du deuxième conjoint : maintenir un contact non verbal, solliciter son avis ou ses perceptions et éventuellement ses réactions face aux révélations de son conjoint. Par la suite, l'intervenant utilise d'autres stratégies : bibliothérapie, constitution de listes écrites d'émotions, questions d'amplification de l'expérience. L'application de ces stratégies, dans le cas de Joanne et Philip, donne de très bons résultats. Ainsi, Philip réalise que derrière l'impatience ressentie lors des spectacles de ballet de Joanne et lors des discussions qui s'ensuivent, se cachent des émotions primaires telles que l'insécurité, la jalousie et la peur d'être abandonné.

Le clinicien reflète aussi les émotions qui semblent présentes mais qui ne sont pas explicitement nommées par les conjoints, et il en fournit des interprétations. Cette stratégie constitue évidement une arme à double tranchant très puissante et doit être utilisée avec prudence. L'interprétation optimale ne s'éloigne pas trop de la perception ou de l'expérience du conjoint, sans quoi elle risque d'être rejetée. Afin de faire des choix judicieux, le clinicien utilise tous les indices cliniques disponibles, tels que la posture, le ton de voix, le choix des mots, le moment opportun et les informations cumulées sur les individus et sur leur dynamique conjugale. Par exemple, quand Donald (décrit au chapitre 2) décrit sa colère face aux commentaires d'Émilie à propos de sa compétence parentale, le clinicien explore la possibilité qu'il se sente aussi rejeté, inadéquat et inquiet.

L'approche rationnelle émotive (Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia et DiGiuseppe, 1989 ; voir le chapitre 6) fournit aussi un ensemble de stratégies visant à mieux gérer les émotions. Ces stratégies consistent à aider les conjoints à comprendre que leurs réponses émotives constituent une suite naturelle à la situation, aux cognitions et aux comportements de chacun. Epstein et Baucom (2002, p. 387) décrivent plusieurs méthodes

pour atteindre cet objectif : répéter les phrases du conjoint à des moments clés ; faire usage de métaphores et d'images frappantes incluant l'humour ; modifier le comportement du clinicien, soit la posture, le ton, le volume de la voix ou le choix des mots afin de mieux faire ressortir les émotions des conjoints ; amener les conjoints à exprimer leurs émotions, qui étaient jusqu'à présent internes et subjectives, à un niveau externe et interpersonnel et enfin, comme Johnson (1996) le suggère, bloquer les sorties et maintenir le *focus* sur les émotions, même si un des conjoints ou les deux tentent de faire dérailler le processus.

B. Des émotions qui sont trop excessives

À l'autre extrémité du continuum, plusieurs conjoints vivent des émotions bouleversantes qui envahissent et submergent une ou plusieurs facettes de leur vie. Ces réactions excessives s'expliquent de plusieurs façons : un individu peut avoir un fort niveau de réactivité émotive en raison de son tempérament, d'un style particulier de gestion des événements incontrôlables. La présence d'événements traumatiques – abus sexuel, infidélité ou maladie chronique – s'accompagne aussi souvent d'une forte charge affective et d'une dynamique conjugale qui contribue à une spirale ascendante de conflits et d'émotions négatifs (voir le chapitre 5 et le cas de Philip et Joanne décrit ci-haut).

En cas de débordement, l'établissement d'un cadre (limite temporelle, équilibre du temps consacré à chacun et restriction de la situation), la distraction et le développement d'autres méthodes d'expression des émotions négatives que celles issues de la discussion entre les partenaires sont des stratégies indiquées. Par exemple, un conjoint qui décrit ses émotions négatives plusieurs fois par jour avec beaucoup de détails fera fuir son partenaire. Cette situation augmente la charge des émotions négatives : anxiété, dépression ou colère. Dès que les conjoints comprennent ce scénario, le clinicien les aide à conclure une entente selon laquelle **le conjoint surexpressif :** *a)* fait une liste mentale ou écrite des sujets qui le tracassent et décide du sujet soulevé lors du prochain rendez-vous portant sur la communication (fixé aux deux jours) ; *b)* prépare aussi une liste de bonnes nouvelles à partager lors de la discussion. **Le conjoint moins expressif** a la responsabilité d'amorcer la rencontre et de tenter d'inclure des activités agréables, telles que la musique, une invitation à prendre une marche, à boire un verre de vin, afin que la discussion se déroule dans l'ambiance la plus positive et détendue possible.

2.5. L'acceptation et la tolérance des différences

Jacobson et Christensen (1996) insistent pour que les stratégies visant des changements comportementaux soient intégrées à celles visant l'acceptation et la tolérance. Plus récemment, Dimidjian, Martell et Christensen (2002) mentionnent que cet ajout implique un changement dans la façon d'intervenir auprès de l'émetteur (en PCCC traditionnelle) et du récepteur (en PCCC dite intégrée). Afin de mettre en place ces deux types de stratégies, le clinicien continue la présentation du modèle de l'acceptation introduit au

cours de la présentation de la séance de rétroaction présentée au chapitre 2. Deux nouveaux groupes de stratégies thérapeutiques sont utilisés : le premier vise l'acceptation et le deuxième, la tolérance.

Techniques visant l'acceptation

Ces techniques visent à favoriser l'acceptation des différences et des incompatibilités entre les conjoints. Il s'agit d'augmenter l'intimité en incitant les partenaires à développer une vision empathique commune du problème et à transformer leur description et leur compréhension des principales sources d'insatisfaction dans le couple. D'abord, l'intervenant souligne que le conflit entre les conjoints peut être attribué à des différences fondamentales entre les deux sur le plan de la personnalité, des préférences ou du style cognitif. Par exemple, l'un des conjoints peut être plus calme et plus patient, tandis que l'autre peut être plus actif et énergique. Alors qu'au début de la relation, ces divergences constituaient bien souvent une forte source d'attraction et un facteur significatif du choix amoureux, elles provoquent maintenant des disputes, du ressentiment et des accusations réciproques. Par exemple, le partenaire calme et détendu est aujourd'hui perçu comme indifférent et apathique, tandis que le conjoint énergique semble désormais autoritaire et dominant. Toutefois, en dépit de ces différences, les conjoints partagent une souffrance commune et un même désir de déployer des stratégies de résolution de problèmes, même si ces dernières sont inefficaces. En aidant chacun à identifier ce vécu commun, l'intervenant augmente la capacité d'empathie commune.

Connexion empathique à l'égard d'un problème

La technique favorisée pour créer l'acceptation est de susciter une connexion empathique à l'égard du problème. Cette approche implique l'usage de quatre stratégies : *a)* chaque conjoint parle de sa propre expérience au lieu de s'attarder à ce que l'autre dit ou fait de mal ; *b)* chacun doit avoir l'occasion de se sentir écouté (au début du moins par le clinicien) ; *c)* le clinicien favorise l'expression des émotions moins destructrices (*soft emotions*) qui se dissimulent souvent derrière les émotions plus brutales (*hard emotions*) ; *d)* enfin, les stratégies à déployer doivent faciliter l'apprentissage de réponses émotionnelles mettant plus clairement en évidence le sentiment de vulnérabilité de chacun. Ces quatre stratégies s'articulent autour de quatre types de conversations avec les conjoints : l'examen des différences fondamentales entre chacun ; l'anticipation d'un événement stressant à venir ; un incident critique récent qui illustre les difficultés de gestion des différences de personnalité de chacun et un événement récent qu'ils ont réussi à gérer de façon constructive. L'exemple suivant illustre ces stratégies.

Philip et Joanne, dont nous avons parlé plus tôt dans le présent chapitre, ont des personnalités et des histoires de vie assez différentes. Leurs disputes et leurs réactions affectives problématiques sont fréquemment suscitées par l'investissement de

Joanne en danse artistique. Joanne est encore active comme professeure de danse et comme danseuse au sein d'une troupe locale. Ce loisir lui permet, entre autres, de conserver une excellente forme physique, de canaliser ses énergies physiques et de combler ses besoins sociaux. Cependant, les spectacles de danse augmentent beaucoup son anxiété et elle insiste pour que Philip assiste aux spectacles. En outre, l'avis de Philip (qui a déjà été directeur financier d'une troupe de danse professionnelle) compte plus au yeux de Joanne que ceux de ses autres proches. La dispute la plus récente éclate lors d'une séance de psychothérapie conjugale au lendemain d'un spectacle. Philip a quitté la salle immédiatement après la représentation et il n'a émis aucun commentaire sur la performance de Joanne.

Vignette clinique – Joanne et Philip

Joanne : Tu avais l'air déçu de ma performance hier soir et ce matin tu as l'air choqué. Il me semble que notre entente était que tu m'en parles avant que nous nous couchions. Comme d'habitude, ton côté distant et non expressif me fruste beaucoup.

Philip : Voyez-vous [en regardant le clinicien], j'ai dit que j'allais commenter le spectacle si j'avais le temps mais, hier soir, j'avais un dossier à finir – au moins j'ai assisté au spectacle –, mais madame veut que je laisse tout tomber, que j'assiste, que je ne parle que des bons cotés du spectacle. Ce n'est pas parce qu'elle est hyperexhibitionniste et expressive qu'il faut que je donne suite à toutes ses demandes, n'est-ce pas ?

Joanne : Oui, tu n'as pas promis de toujours donner ton avis, mais ça n'aurait pris que quelques minutes. Ton air froid me laisse croire qu'il y a quelque chose qui t'a choqué hier soir [en pleurant]. J'espère que tu ne vas pas me dire que la danse prend trop de mes énergies – tu sais que j'ai besoin de ça pour me garder en forme mentale et physique et maintenir ma joie de vivre. Je serais très choquée si tu tentais de m'empêcher de danser.

Philip : [D'un ton exaspéré] Oui, j'étais un peu frustré hier soir, mais pas choqué – maintenant, je suis choqué.

Clinicien : Philip, ceci ressemble à d'autres situations dont nous avons discuté où tous les deux vous trouvez que la réaction typique de l'autre, c'est-à-dire l'expressivité de Joanne et votre côté plus taciturne, est une différence irréconciliable. En plus, Philip, vous avez l'impression que Joanne souhaite que vous mettiez vos besoins de côté.

Philip : Exactement. Il n'y avait pas de place pour mes besoins hier soir.

Clinicien : Philip, j'aimerais analyser votre perception plus tard. Mais avant, Joanne, vous semblez penser que Philip était soit déçu de votre performance d'hier, ou encore frustré du temps que vous consacrez à la danse, et qu'il est sur le point de vous demander de mettre vos besoins de côté.

Joanne : Exactement.

Clinicien : Je me trompe peut-être, mais il me semble que vous partagez une émotion commune : un désir de ne pas être privé de vos activités privilégiées. Pour Joanne c'est la danse et pour vous, Philip, quelle était votre activité après la représentation ?

Philip : Je suis sur le point de faire une offre sur une peinture que j'admire depuis cinq ans. J'avais des recherches à faire sur le Net et des amis à contacter.

Clinicien : Il me semble que vous avez un sentiment en commun – un désir de ne pas perdre une activité qui vous tient à cœur. Mais, il me semble que chacun éprouvait d'autres émotions cachées sous votre colère. Joanne, en quoi l'opinion de Philip sur votre danse est si importante ?

Joanne : Philip a beaucoup d'expérience en critique artistique, mais aussi je ne cache pas que je souhaite qu'il me trouve encore belle et une bonne danseuse. De bien des façons, je danse pour lui.

Clinicien : Alors Joanne, vous semblez souhaiter lui plaire et avez peur d'un rejet ou d'une critique. Philip, est-ce que vous étiez au courant de ces réactions de Joanne ? Ceci doit mettre un peu de pression sur vos épaules. [Le clinicien s'oriente sur des émotions douces.]

Philip : Oui, je sais qu'elle valorise mon opinion. Effectivement, je me sentais mal de ne pas être resté pour donner mon opinion, mais j'avais quand même certaines critiques au plan artistique. Les musiciens n'étaient pas à la hauteur. Ils jouaient trop lentement pour le solo de Joanne. Alors sa performance avait l'air déconnectée de la musique, mais ce n'était pas sa faute.

Clinicien : C'est comme si vous vous sentiez le protecteur de Joanne sur deux plans et que vous avez hésité à l'informer.

Philip : Exactement. Je ne voulais pas la blesser. Mais oui, je la trouve encore très belle. La plus belle et la plus douée du groupe. Mais je ne cache pas que je suis encore un peu jaloux et que je me sens menacé par tous les autres hommes qui l'admirent. J'ai peur qu'elle me quitte pour un des jeunes danseurs.

Clinicien : Philip, vous sentez aussi une peur du rejet ou d'être abandonné par Joanne et vous tenez beaucoup à ce qu'elle soit attachée à vous [Philip hochait la tête et les deux avaient des expressions non verbales plus calmes]. Ce qui me frappe, c'est qu'au début de notre rencontre, les sentiments verbalisés étaient surtout de la colère et, en surface, il y avait deux positions et deux traits de personnalité différents et peut-être irréconciliables. Mais, une fois que chacun a eu l'occasion de s'exprimer sans être critiqué, vous avez révélé des sentiments plus doux et, à plusieurs niveaux, semblables. Joanne, êtes-vous surprise par ce que Philip a dit ?

Dans la discussion qui suit, chaque conjoint manifeste plus d'empathie à l'égard de la situation de l'autre, les sentiments de colère sont absents et chacun semble comprendre et mieux accepter leurs différences. Le clinicien souligne que, même si le problème n'est pas entièrement résolu, ce niveau d'empathie, de compréhension et d'acceptation permet une plus grande complicité et, ce faisant, d'augmenter les chances que certaines facettes du problème soient éventuellement mieux résolues.

Détachement unifié

L'apprentissage des réponses émotionnelles empathiques peut être facilité en incitant les conjoints à adopter une vision unifiée du problème, mais aussi en s'en détachant. Ce détachement s'obtient par le recours aux métaphores (p. ex., le problème est présenté comme un objet indépendant des conjoints et dont on peut discuter avec une charge émotionnelle moins intense), à l'humour ou à l'analyse d'un incident à partir de la perspective d'autrui.

Dans l'exemple présenté plus haut, Joanne annonce, quelques sessions plus tard, qu'elle appréhende une nouvelle dispute au sujet de l'appréciation de Philip à propos d'un spectacle imminent.

Vignette clinique – Joanne et Philip

Clinicien : Je trouve que cette situation est une excellente occasion pour vous initier à une autre approche qui peut vous unifier dans vos différences. Cette approche s'appelle « le détachement unifié ». Êtes-vous intéressés ? [Les deux conjoints donnent leur assentiment.] Je vais placer deux chaises vides que nous allons joindre à la discussion. Pour chacune d'elles, nous allons écrire sur une feuille un nom qui correspond au trait de personnalité ou à la réaction typique de chacun de vous. La première chaise correspond à la réaction habituelle de Joanne lors des spectacles et que parfois Philip trouve agaçante. Joanne, voulez vous donner un nom à ce coté de votre personnalité ?

Joanne : Je suis un caniche [sa chienne favorite] qui approche son maître et dit : « Remarque-moi. Dis que tu aimes ma coupe de cheveux, etc. »

Clinicien : OK, pour le moment je vais marquer « caniche avec une belle coupe », mais vous pourrez essayer d'autres noms tantôt. [Il dépose une feuille avec cette étiquette sur la chaise.] Et vous, Philip ?

Philip : Tandis que nous sommes sur des images d'animaux, je suis un ours qui a bien mangé et qui n'aime pas être dérangé pendant qu'il se repose [le clinicien écrit l'étiquette].

Clinicien : Disons que le spectacle est terminé et que le caniche approche l'ours, qu'est-ce qui va arriver ?

[Les deux rigolent, font des imitations de bruits, puis ils discutent plus sérieusement de leurs réactions potentielles.]

Le clinicien tente alors une autre technique de détachement.

Vignette clinique

Clinicien : Nous allons retirer les noms et conserver une seule chaise. Celle-ci va représenter votre clinicien qui assiste à une discussion entre vous et qui va tenter d'aider chacun de vous à garder une perspective sur l'expression typique de vos personnalités. Qu'est-ce que le clinicien dirait ? Vous êtes libres de vous moquer un peu de moi, pourvu que le contenu du message soit fidèle à la réalité. [Le clinicien sort un mouchoir et fait semblant de pleurer en anticipation.]

Les deux présentent un résumé assez fidèle de leurs styles et du contenu de la discussion. Ils glissent aussi quelques farces au sujet de la posture, du manque de cheveux, du mouvement physique et de l'accent du clinicien (des traits de l'intervenant qu'il avait lui-même dépréciés auparavant en rigolant).

B. Technique visant la tolérance

Jacobson et Christensen (1996) suggèrent le recours à un deuxième groupe de stratégies axées sur l'accroissement de la réponse d'acceptation émotionnelle et sur l'augmentation de la capacité de tolérance de chacun. Ces stratégies se fondent sur la prémisse qu'il peut être aidant de concevoir que certains aspects des traits de personnalité et des comportements d'autrui qui causent de la souffrance et de la peine sont extrêmement difficiles à changer et qu'ils sont quasi inévitables. Quatre stratégies sont employées pour favoriser une plus grande tolérance ; nous les illustrerons brièvement par des extraits tirés de la thérapie conjugale réalisée avec Philip et Joanne.

L'identification des éléments ou des retombées positives des comportements négatifs de chacun

Nous poursuivons avec le cas de Joanne et Philip. Ce dernier débute l'exercice en mettant l'accent sur le caractère très attrayant, en début de relation, du degré élevé de spontanéité et d'expressivité de Joanne. Il était très flatté de voir qu'une femme, si belle et si joyeuse, pouvait être séduite par un homme aussi peu éclatant. Il aime encore sa joie de vivre, sa tendance à déclencher de l'action ainsi que sa dépendance envers lui à plusieurs niveaux. Joanne participe à l'exercice en disant qu'elle aime encore le calme de Philip face aux enfants et face à la majorité des stress de la vie quotidienne : stress occupationnels et financiers. Elle apprécie aussi son côté protecteur et conseiller.

Le clinicien aide les conjoints à analyser plusieurs de leurs conflits en leur demandant de nommer les retombées positives du comportement négatif de l'autre. Par exemple, la jalousie de Philip signifie qu'il démontre qu'il tient à elle. Sa minutie et son contrôle de l'argent montrent que leur famille peut se permettre plusieurs activités agréables et que la retraite s'annonce bien. L'expression émotionnelle de Joanne signifie qu'elle est démonstrative et innovatrice et qu'elle amène beaucoup de variété dans leurs relations sexuelles. Son exubérance et son énergie attire d'autres hommes, ce qui maintient Philip dans un état d'alerte qui prévient le vieillissement prématuré.

La pratique supervisée des conduites négatives et le retour sur ces pratiques lors des séances

L'exubérance de Joanne et le côté taciturne de Philip sont sans doute partiellement créés par des physionomies et des systèmes autonomes différents, ainsi que par des réflexes de communication présents depuis longtemps. À partir de certains incidents (par exemple, le stress au travail), le clinicien demande à chacun de discuter de cet événement, mais en exagérant les traits qui exaspèrent l'autre. Suite à cette pratique, chacun se donne d'abord du feedback à soi et ensuite à l'autre et parfois, le clinicien ajoute d'autres suggestions. Joanne, déjà bonne actrice, trouve le défi facile et Philip s'améliore rapidement. Il faut souligner que cette stratégie est employée quand les conjoints ne sont pas dans un état de colère ou de fragilité. Les critiques ou le dénigrement ne sont pas permis. Avec Joanne et Philip, le clinicien a fait appel à cette stratégie après 24 rencontres de PCCC.

La simulation hors séance des conduites négatives

Il est déconseillé de demander à un couple dont les échanges sont chargés de colère et d'expressions négatives (p. ex., Joanne et Philip) de pratiquer la technique des conduites négatives à l'extérieur des séances. Les risques de dérapages et de blessures pouvant provoquer une rechute ou une rupture de l'alliance sont trop importants. Cependant, pour deux conjoints très peu expressifs, la simulation hors séance des conduites négatives peut être utilisée et jumelée à des techniques d'expression des émotions.

Le développement de la capacité de chacun des conjoints à prendre soin de lui-même (self-care)

Puisque certains patrons de comportements créant des tensions sont difficiles à changer, il est important d'aider chacun des conjoints à prendre soin de lui-même. Un conjoint qui fait appel à cette stratégie et qui répond à certains de ses besoins personnels ou à sa vulnérabilité devient plus tolérant face aux comportements négatifs de l'autre.

Nous avons utilisé cette technique auprès d'Anne-Marie, un médecin spécialiste, et d'Alain, un pomiculteur. Ce cas a été discuté au chapitre 2. Les différences de statut économique (elle gagne beaucoup plus que lui), de répartition des rôles (il s'occupe plus des enfants et des tâches domestiques et elle travaille plus d'heures à l'extérieur) et leur style d'expression de leurs intérêts (ils s'aiment, mais il est beaucoup plus démonstratif qu'elle) contribuent à la faible estime de soi d'Alain. Il diminuait la valeur de son éducation, de son métier et de sa situation financière. Plusieurs de ces différences ont été abordées à l'aide de plusieurs autres stratégies thérapeutiques, mais des stratégies de ***self-care*** ont été appliquées : planifier des activités qu'il trouve stimulantes et valorisantes dans les moments où sa conjointe n'est pas disponible, planifier des voyages quand il est libre (pendant l'hiver, la saison morte en pomiculture) et utiliser certaines stratégies cognitives (dialogue interne) pour contrer des croyances autodépréciatives (p. ex., « Il y a bien des preuves qu'elle m'aime autant que je l'aime, mais nous ne l'exprimons pas de la même façon. Heureusement, nous ne sommes pas tous les deux médecins, notre famille fonctionne mieux et nous avons une meilleure qualité de vie parce que je travaille à domicile, etc. »).

2.6. L'expression de l'affection et le style d'attachement

L'analyse et la modification des modes d'expression d'affection et du style d'attachement sous-jacent aux conduites de chacun des conjoints constituent souvent un défi important à relever lors du traitement. Par exemple, chez le couple formé de Céline et de Daniel, un cas présenté au chapitre 2 et dans Wright *et al*. (2006), la peur d'être abandonné est palpable chez les deux conjoints. Une telle anxiété d'abandon définit le style d'attachement préoccupé dans la théorie de l'attachement adulte (Bartholomew, 1990). De plus, Céline éprouve constamment un déficit d'affection qui contribue à sa faible estime de soi et à ses sentiments dépressifs. Grâce aux apprentissages effectués en thérapie individuelle et de couple, Céline sent qu'elle retombe en amour avec Daniel. Elle devient plus démonstrative verbalement et physiquement. Daniel exprime de plus en plus directement son appréciation des progrès de Céline. Il la complimente en lui disant qu'elle devient une bien meilleure mère, qu'elle prend en main sa carrière et qu'elle contribue à la saine gestion des finances du couple. Par contre, il ne manifeste que très rarement son amour et il ne prend pas d'initiative sur les plans de la sensualité, de la sexualité et du romantisme.

Lors d'un congé de Noël, les conjoints vivent une escalade des comportements de violence verbale et physique. Céline bouscule Daniel, mais elle interrompt ses gestes très rapidement. Elle se dit fatiguée et elle se sent de plus en plus rejetée par Daniel. En analysant ce conflit, il devenait prioritaire de discuter ouvertement des stratégies d'expression de l'affection, de la tendresse et de l'amour. Les conjoints acceptent d'explorer ces dimensions, même si Daniel semble réticent. Le clinicien, en se référant à l'épisode vécu, présente sa vision de leur thématique centrale en matière d'attachement. Il termine en insistant sur l'importance de l'exploration des croyances et des émotions de chacun, la recherche de solutions immédiates n'étant pas une priorité pour l'instant. En s'inspirant des recommandations des experts (Epstein et Baucom, 2002 ; voir le chapitre 5), le clinicien utilise des stratégies centrées sur le dévoilement des émotions. Au cours des deux séances qui suivent, Daniel révèle qu'il a l'impression que Céline le compare constamment à son propre père. Cette comparaison lui est défavorable puisque le père de Céline est présenté comme le conjoint idéal (p. ex., il met son épouse sur un piédestal, il est charmant, attentionné, etc.). Daniel avoue se percevoir davantage comme son propre père à lui, un homme peu démonstratif, critique, contrôlant, sarcastique et parfois dénigrant. Il soutient qu'il ne peut pas atteindre les normes de Céline : « De toute façon, je ne suis pas né comme ça et puisque ça ne vient pas d'en dedans de moi, ça serait hypocrite et malhonnête de me forcer à être chaleureux. Ça serait pire que ce que je fais présentement. » Le clinicien souligne que ces croyances créent une forte pression chez Daniel et qu'il en résulte beaucoup d'anxiété et de culpabilité. Daniel s'inquiète de la diminution de son désir sexuel et de ses difficultés érectiles occasionnelles. Il évite les rapports sensuels et sexuels : « J'ai peur de créer une situation où je ne serai pas à la hauteur. » Il s'explique mal ses problèmes sexuels parce qu'il trouve Céline attirante. Daniel invoque deux causes potentielles de ses difficultés : l'utilisation d'antidépresseurs et l'érosion du désir lié au nombre élevé d'années de vie commune avec Céline.

Céline se dit soulagée que la thématique soit explorée même si certains de ses doutes sont confirmés : « Au moins, je sais que je n'imaginais pas que tu m'évitais. » Ce soulagement est de courte durée. Céline ne se sent pas aimée et elle se demande si elle est aimable. Elle témoigne d'un sentiment de découragement et de lassitude proche de celui éprouvé en début de traitement. Le clinicien constate que ces émotions sont moins intenses et débilitantes qu'au départ, mais il n'a pas insisté pour confronter Céline sur cet écart de perception. Céline s'interroge sur sa motivation et sa capacité à maintenir les changements effectués au cours des derniers mois si elle doit vivre avec quelqu'un qu'elle aime, mais qui ne l'aime pas en retour. Elle craint de voir passer les années sans recevoir ce qu'elle désire le plus de la vie : « Est-ce que je tolère ou est-ce que je brise la famille ? » Il lui semble que leurs différences sont irréconciliables, mais qu'elle ne peut blâmer Daniel d'être ce qu'il est. Elle affirme, sans colère, que leur relation amoureuse est vouée à l'échec et que Daniel ne lui offre qu'un amour fraternel ou une relation d'amitié. Lors de ces séances, le clinicien insiste pour que les émotions dévoilées lui soient exprimées à lui et non directement au conjoint. Il met l'accent sur les sentiments

de vulnérabilité qui accompagnent le chagrin ressenti tout en recadrant les croyances pour atténuer le blâme et les pensées catastrophiques. Le clinicien souligne que les conjoints croient que leurs différences affectives sont énormes, irréconciliables et immuables mais que la justesse de ces convictions mérite d'être examinée.

L'analyse des appuis à chacune de ces hypothèses est entreprise (Epstein et Baucom, 2002 ; Jacobson et Christensen, 1996). La réussite de cette phase du traitement nécessite un contrôle ferme des échanges pour éviter tout détournement de la démarche d'exploration. Il faut éviter de chercher des solutions et de blâmer le partenaire. De plus, chacun des conjoints doit s'engager dans cette forme d'empirisme collaborateur. Toutefois, le clinicien, par sa position unique d'observateur externe expérimenté, peut introduire de nouveaux éléments à considérer, mettre en question la valeur de certains indicateurs utilisés pour appuyer un point de vue et évaluer rigoureusement la capacité des conjoints à explorer de nouvelles croyances et émotions.

Le recours à ces stratégies amène Céline et Daniel à approfondir leur compréhension des différences entre eux. De façon générale, les croyances examinées sont devenues plus nuancées et élaborées. Ainsi, leur réactivité affective différentielle leur semblait maintenant importante dans certains secteurs de leur vie, mais négligeable dans d'autres domaines. Ces différences apparaissaient maintenant moins irréconciliables qu'il y a deux ans. Enfin, chacun pensait que ces croyances pouvaient changer si certaines stratégies affectives, cognitives et comportementales étaient appliquées. L'utilisation d'un langage centré sur l'acceptation et la tolérance des différences constitue une des ces stratégies. L'amélioration concrète de leur vie sexuelle représente aussi une stratégie à envisager. Les progrès cognitifs se sont répercutés rapidement sur le climat au sein de la relation. Céline et Daniel sont plus calmes et ils s'amusent même pendant que le clinicien discute des défis à relever pour concilier leur style d'attachement. Le recours aux métaphores, aux jeux de rôle et à l'humour contribue aussi à l'amélioration de leur compréhension de leur dynamique relationnelle. Leur capacité d'empathie s'en trouve accrue. Ces changements ont pavé la voie à des projets d'exercices à la maison destinés à augmenter la fréquence et la qualité des gestes affectueux entre les époux. Céline a été amenée à mieux s'occuper de son bien-être. Lorsque Daniel est peu disponible et moins affectueux, elle apprend à planifier d'autres projets stimulants pour elle-même (p. ex., classes d'aérobie, voyage avec des amies, etc.). Quant à Daniel, son objectif est d'exprimer, à l'aide de gestes et de paroles, l'appréciation qu'il ressent, mais qu'il dissimule à Céline.

2.7. La sexualité et la sensualité

Nous partageons la vision de Bergeron, Benazon, Jodoin et Brousseau présentée au chapitre 7 à propos du lien causal entre les difficultés sexuelles et les problèmes conjugaux. Selon ces auteurs, la majorité des couples éprouvant des difficultés sexuelles bénéficieraient d'une évaluation et d'un traitement par un intervenant ayant reçu une

formation spécialisée en thérapie sexuelle et en thérapie conjugale. Selon nous, la séparation de ces deux spécialités témoigne davantage d'un manque de formateurs compétents et de milieux d'enseignement adéquats que d'une réalité clinique. Les couples ne laissent pas leurs difficultés de communication, émotionnelles et d'acceptation, les défis sur le plan de l'attachement ou les croyances dysfonctionnelles à la porte de leur chambre à coucher. Par exemple, dans le cas du couple formé par Janine et Michel, lorsque le mandat de gestion de l'ambivalence est achevé et que la confiance est rebâtie suite aux infidélités de Michel, huit séances sont consacrées à leurs relations sexuelles. Ces séances ciblent, entre autres, l'anxiété, la colère et la gêne que Janine vit lors des relations sexuelles avec Michel ainsi que le développement d'une plus grande variété dans leurs scénarios sexuels afin de satisfaire les fantasmes des deux. Par ailleurs, dans le cas du couple formé de Gabrielle et Pierre, une fois qu'ils ont résolu leurs problèmes de gestion de conflits quant au partage des tâches, de l'expression de l'hostilité, de la communication et de l'acceptation de leurs différentes personnalités et styles d'attachements, ils sont en meure d'explorer leurs difficultés sexuelles. Ils ciblent la communication et l'innovation sensuelle et sexuelle, l'anxiété de performance de Pierre et la difficulté de Gabrielle à lâcher prise et à se laisser avoir du plaisir. Dans ces deux cas, nous sommes persuadés que le progrès sur les autres cibles visées a permis un meilleur travail sur la sexualité et que le travail sur la sexualité a renforcé les autres gains réalisés.

2.8. La négociation, l'équité et la répartition du pouvoir

Les conflits sur la répartition du pouvoir au sein du couple constituent l'un des trois thèmes centraux de mésentente chez les couples dysfonctionnels. Évidemment, l'amélioration de la communication, de la résolution de problèmes et de l'acceptation peut remédier à plusieurs difficultés liées au partage du pouvoir. Parfois, cette thématique doit être abordée directement en se guidant sur les principes suivants : 1) il est préférable d'influencer son conjoint par le renforcement positif que par la punition ; 2) la majorité des partenaires, sauf pour ceux qui sont satisfaits d'une relation dite traditionnelle, sont très sensibles à la question de l'équité ; 3) s'il y a un manque d'équité et qu'un partenaire contrôle plus de ressources que l'autre, le partenaire ayant le moins de contrôle sera frustré de ce manque d'équité. Ces principes guident le travail auprès de Joanne et Philip pour réduire les tensions soulevées par la gestion des finances. Dans une autre situation, Mia, d'origine japonaise, et Réjean, d'origine québécoise (décrits au chapitre 6) se disputent sur divers sujets, tels que les pratiques parentales, la gestion du temps de loisirs, la gestion des humeurs dépressives de Mia, qui parle ouvertement de suicide, la carrière de Réjean, la possibilité pour la famille de retourner une deuxième fois au Japon pour un séjour prolongé, etc. Réjean profite des moments d'absence de Mia pour se plaindre au clinicien. Il déplore que Mia tente de tout contrôler, mais il ne veut pas évoquer le sujet en sa présence. Elle est enceinte et il ne veut pas augmenter son stress. Le clinicien entame la résolution de problème sur deux thématiques : les pratiques parentales et la décision de retourner ou non au Japon. La présentation et l'application

des trois principes d'équité a facilité le choix de solutions convenant aux deux. À l'extrême, les problèmes de pouvoir dégénèrent en conduite de violence physique. Ces problèmes sont abordés au chapitre 9.

2.9. Le développement des compétences parentales

L'importance de bien évaluer les enfants et parfois d'intervenir auprès d'eux en parallèle à la PCCC a été soulignée au chapitre 2. Nous avons aussi présenté dans le présent chapitre divers exemples mettant en cause les pratiques parentales. Lorsque la PCCC intègre des cibles reliées aux enfants, les principes suivants guident nos interventions.

A. Connaître le développement émotionnel, physique et social normal des enfants

Le clinicien gagne à être à la fine pointe des connaissances en psychologie du développement. Il se familiarise avec les problèmes spécifiques aux enfants : l'anxiété de séparation, l'impact des déficiences, des incapacités ou d'une maladie chronique, les troubles mineurs ou majeurs de comportement et les signes et conséquences de la négligence et des mauvais traitements. L'intervenant dispose de connaissances qui lui permettent de distinguer les conduites parentales efficaces et inefficaces de même que les patrons de fonctionnement des familles fonctionnelles et dysfonctionnelles, autant chez les familles traditionnelles que recomposées (Kazdin, 2005). Par ailleurs, les répercussions de la détresse conjugale et des conduites coercitives sur le bien-être des enfants sont très bien documentées. Les parents qui se demandent si leurs disputes sont associées aux problèmes de leur enfant (fugues, dépression, troubles de comportements, non-coopération, etc.) doivent être informés de la relation causale possible entre ces phénomènes. Parfois, la bibliothérapie est indiquée (Hetherington et Kelley, 2002 ; Wallerstein, Lewis et Blakeslee, 2000 ; Webster-Stratton, 2006). Les modèles d'intervention les plus prometteurs impliquent une intégration de plusieurs approches (Sexton, Alexander et Mease, 2005). En effet, il y a plusieurs avantages à intégrer les contributions des écoles systémique, psychodynamique et cognitive-comportementale quand il y a intervention auprès des parents. Au besoin, il ne faut pas hésiter à solliciter l'aide d'un expert pour les problèmes de l'enfant.

B. Respecter le droit des enfants d'abord et connaître les principes de base de l'école systémique

Puisque les enfants ne sont que des enfants, ils ont plus de difficultés que les adultes à défendre leurs droits. Quand deux adultes, lors d'une thérapie conjugale, évoquent une difficulté avec un enfant, leur version des faits peut être biaisée, erronée, incomplète, partiale ou encore une simplification de la réalité. Avant de planifier des interventions, le clinicien effectue une évaluation adéquate. La collecte de données peut se structurer par étapes et se dérouler parallèlement aux séances de couple : observation à domicile,

rencontre en famille, rencontre individuelle avec les enfants, etc. En ce qui concerne ce dernier point, nous croyons que beaucoup d'intervenants de couple ne possèdent pas les compétences minimales requises pour établir un rapport diagnostique et communiquer avec un enfant ou un adolescent (Kazdin, 2005). Procéder à certaines interventions familiales sans se familiariser avec l'expérience et le monde des enfants ou des adolescents augmente les risques de mettre en place des interventions inadéquates et inadaptées. Les difficultés parentales des couples présentés plus haut impliquent un processus d'interaction *a)* entre les parents et *b)* entre les parents et l'enfant ou les enfants, qui reflète un certain équilibre entre divers besoins ou fonctions clairement décrits par les tenants de l'école systémique (Guerin *et al*., 1987). Par exemple, les enfants qui manifestent des comportements perçus par les parents comme « difficiles » réussissent souvent par cette voie à gagner un certain contrôle ou à obtenir une attention (du moins à court terme) qu'ils n'auraient pas eus autrement. Enseigner des méthodes de contrôle plus efficaces aux parents sans outiller l'enfant avec d'autres formes de contrôle ou d'influence plus positives équivaut à changer un système qui repose sur un équilibre, certes précaire, sans toutefois créer un nouvel équilibre. L'intervention risque alors d'être inefficace, voire néfaste.

C. Aider les parents à communiquer efficacement, à exprimer leur affection et leur appréciation et à partager des activités positives avec les enfants

Les parents souhaitent souvent voir des changements immédiats, soit dans le comportement de l'enfant, soit chez l'autre parent qui, par exemple, élève la voix ou est trop strict. Il semble plus efficace de commencer par le développement du répertoire de comportements positifs avant de cibler les comportements négatifs (Webster-Stratton, 2006). Par exemple, dans la famille de Claire et Donald et de leurs enfants, Émilie et Gaston, les parents sont très perturbés par les commentaires dénigrants d'Émilie au sujet du rôle parental de Donald. Ce type de commentaire confère beaucoup de pouvoir à Émilie et bouleverse les frontières générationnelles. D'abord, le clinicien cible, même pendant le mandat de l'intervention de crise, l'augmentation des activités positives entre Donald et Émilie. Avec l'aide de Claire, qui partage de nombreuses activités positives avec Émilie, Donald prend plusieurs initiatives qui portent fruit rapidement (p. ex., regarder avec Émilie certaines émissions de télé, l'aider dans ses devoirs, faire des sorties spéciales avec elle, etc.). Par des jeux de rôle, le *modeling* et des lectures sélectives, le clinicien et Claire aident Donald, déjà très motivé, à développer des outils de communication et d'expression des affects positifs éprouvés face à Émilie. En ce qui concerne Réjean et Mia, décrits plus haut, ceux-ci doivent apprendre, plus particulièrement Mia, à exprimer leur soutien et à rassurer Sarah, une enfant souffrant d'anxiété de séparation, plutôt que de renforcer négativement les crises de colère de l'enfant.

D. Apprendre à utiliser la résolution de problèmes et à négocier avec les enfants

Beaucoup de thérapeutes d'approche cognitive-comportementale transmettent rapidement à des parents aux prises avec des enfants qui ne respectent pas les règles familiales ou scolaires, des principes de renforcement et de punition, ainsi que des notions à propos des contrats comportementaux. Il nous apparaît plus important de développer d'abord des habiletés de communication, suivies de la résolution de problèmes et de la négociation (Webster-Stratton, 2006). Ces deux derniers volets suivent les mêmes étapes que celles discutées plus tôt dans ce chapitre. C'est la méthode privilégiée avec François et Suzanne et leurs quatre filles. Ce couple est présenté au chapitre 2. Les membres de la famille se disputent régulièrement au sujet de l'utilisation des ressources essentielles, telles que les toilettes, les douches, le téléphone et la télévision. De plus, les trois filles les plus âgées ont tendance à se liguer contre la plus jeune, dont les comportements sont parfois immatures pour son âge. Cela ne dérange pas la mère, qui n'a pas hâte que sa dernière vieillisse. Le clinicien rencontre la famille et lui enseigne un format simplifié de résolution de problème en trois étapes, le même que les parents ont appris en séance de couple. À chaque nouvelle tranche de 45 minutes, le clinicien nomme un nouvel animateur de la discussion. Au début, la mère et le père jouent ce rôle, puis les quatre filles occupent cette fonction, chacune à son tour, de la plus âgée à la plus jeune. Ces dernières ont pris beaucoup de plaisir à animer les rencontres et elles deviennent assez efficaces à émettre des rétroactions sur la qualité de la définition des problèmes, la valeur et, surtout, l'équité des solutions. Chaque rencontre se termine par une entente écrite qui comporte des règles et des privilèges.

E. Apprendre à appliquer les limites et la discipline

L'agencement harmonieux de la fermeté et de l'amour (*tough love*) consiste à imposer un encadrement décrit comme exigeant mais chaleureux. Quand les parents et les enfants se sont familiarisés avec les habiletés présentées aux quatre points précédents, la discussion porte sur l'importance des limites et d'une discipline constante et cohérente. La définition des comportements disciplinaires inacceptables varie selon les milieux et la culture. Tout comportement de violence verbale, psychologique ou physique est inacceptable. Les défis qui jalonnent le parcours des parents qui doivent apprendre comment appliquer la discipline sont : *a)* au départ, expliquer le but du programme à l'enfant ; *b)* s'assurer dès le début de la participation et de la collaboration consciente et volontaire de l'enfant dans l'établissement des objectifs, du type d'encadrement prôné et des conséquences positives et négatives des comportements ; *c)* ne pas élever la voix, ni utiliser la punition corporelle ; *d)* faire preuve de complicité et appliquer l'encadrement de manière constante et cohérente d'un parent à l'autre. Les parents vivent souvent de fortes émotions lorsqu'ils tentent d'appliquer des principes de discipline. Par exemple, lorsque Donald encadre Émilie et que Céline discipline Jacques, les deux vivent de la colère, accompagnée de plusieurs croyances irrationnelles (p. ex., « il le fait exprès, elle

est intenable », etc.). Par contre, dans le cas de Mia (voir aussi la présentation du cas au chapitre 6), celle-ci vit de la culpabilité et de l'anxiété, convaincue qu'en étant plus ferme avec elle, elle causerait des torts à sa fille qui plus tard allait la rejeter. Lors de ces trois situations, nous avons utilisé les jeux de rôles et les stratégies décrites précédemment pour modifier les émotions, les cognitions et les comportements des parents.

2.10. Les séances de suivi et la prévention de la rechute

Les séances de suivi servent à prévenir les rechutes. Par exemple, Céline et Daniel, après le traitement décrit plus haut, participent à des séances de suivi à tous les trois mois. L'ensemble des objectifs déterminés au départ a été atteint. Les conjoints et le thérapeute estiment qu'ils sont maintenant capables de gérer adéquatement les conflits présents au début de la consultation. Parfois, les conjoints ont encore des disputes déchirantes, mais jamais devant les enfants. De plus, ces disputes se déroulent sans recours à la violence physique. La violence verbale n'est plus que mineure. Ils se réconcilient généralement en moins de 24 heures. L'expression de l'affection et leur sexualité continuent de s'améliorer et, la plupart du temps, le partage du pouvoir est équitable. Chacun retourne parfois à un style de domination de son territoire, mais ceci ne semble plus être un problème majeur. Céline et Daniel possèdent encore les mêmes traits de personnalité qu'au départ. Le clinicien note une tendance persistante à se réapproprier les réflexes affectifs et cognitifs usuels. Cependant, chacun est beaucoup plus conscient de ce processus et des coûts associés. À chaque séance de rappel, le clinicien souligne que les changements sont remarquables et durables. Toutefois, ils doivent maintenir leur vigilance et faire appel aux stratégies apprises. Au cours de chaque séance, le clinicien utilise des exercices de préparation visant à mieux faire face aux stresseurs appréhendés. Chacun doit décrire le patron de gestion des crises adopté avant la PCCC et le nouveau mode d'adaptation à de tels événements suite à la PCCC. Les thèmes suivants sont successivement abordés : un des enfants tombe malade, un des enfants présente des problèmes de conduite ou d'apprentissage, la famille fait face à des difficultés financières, les conjoints notent un retour des tensions en matière de sexualité ou de nouveaux signes de fatigue et d'épuisement apparaissent chez un des conjoints (ce qui s'est produit quand Céline a réintégré le marché du travail à temps partiel).

3. MANDAT DE RÉSOLUTION DE L'AMBIVALENCE

Il n'existe malheureusement que très peu d'écrits sur les procédures diagnostiques et les stratégies d'intervention à utiliser auprès des couples ambivalents vis-à-vis la poursuite de leur relation. Cependant, nos recherches théorique (Poitras-Wright, 2006) et empirique (Tremblay *et al.*, 2006) indiquent que les couples ambivalents constituent un groupe clinique stable, composé d'individus présentant des caractéristiques psychologiques singulières et des besoins précis. En conséquence, la gestion de ces situations

conjugales requiert un aménagement du protocole d'intervention. La manualisation de ces ajustements répond aussi à des critères d'amélioration de la pratique professionnelle standard auprès de cette clientèle. Deux constats ont guidé notre réflexion.

3.1. Les difficultés de repérage de l'ambivalence des conjoints

Chez un nombre important de cliniciens, le diagnostic des problèmes d'engagement et de l'ambivalence qui peut en résulter est posé de façon sommaire et il ne tient pas compte de la diversité des indices cliniques objectifs et subjectifs du processus de détachement (nous avons présenté ces critères dans les deux premiers chapitres du présent volume). L'ambivalence constitue d'ailleurs souvent un signe avant-coureur ou prodromique de désengagement conjugal. Ces lacunes psychodiagnostiques se répercutent sur la capacité des intervenants de repérer l'ambivalence des conjoints et les besoins thérapeutiques correspondants. En conséquence, plusieurs couples où l'ambivalence est cliniquement significative sont invités à entreprendre une psychothérapie centrée sur l'amélioration de la relation. Ces efforts contribuent parfois à l'enfouissement temporaire des tensions à propos de l'avenir de l'union. Toutefois, l'évitement de l'indécision d'un des conjoints ou des deux nuit à l'alliance – le conjoint ambivalent éprouve de l'hostilité et/ou de la culpabilité face à l'intervenant –, ralentit le rythme des progrès thérapeutiques et peut entraîner des impasses thérapeutiques ou un abandon prématuré du traitement. L'analyse de l'ambivalence, de ses manifestations, de ses causes, de ses corrélats et de ses conséquences mérite donc d'être menée le plus tôt possible pour aider les conjoints à prendre conscience des problèmes d'engagement au sein du couple et pour mieux planifier l'intervention.

3.2. L'évitement de l'ambivalence et le recours aux tactiques de persuasion

Chez certains intervenants, le diagnostic de l'ambivalence des conjoints ne soulève pas de problèmes particuliers. Ils relèvent l'indécision vis-à-vis la poursuite de la relation. Toutefois, ils ne semblent pas disposer des stratégies d'interventions susceptibles d'aider les conjoints à prendre conscience des réticences éprouvées face à un mandat d'amélioration de la relation, à les approfondir et à les résoudre. Cette pauvreté du répertoire thérapeutique provient de plusieurs sources :

- des attitudes personnelles malsaines envers la dissolution d'union, la gestion ouverte de l'ambivalence entraînant, au yeux du clinicien, un risque inacceptable de glissement vers la désunion ou la première étape d'un processus de désengagement irréversible ;
- la conviction professionnelle que la psychothérapie de couple vise nécessairement la réconciliation des conjoints et que l'approfondissement de l'ambivalence représente une stratégie clinique empreinte de pessimisme qui diminue l'attrait et les probabilités de réussite d'un éventuel traitement axé sur la réduction de la détresse conjugale ;

- l'intolérance face à l'incertitude et à l'ambiguïté associées à une période prolongée d'ambivalence des conjoints, qui se répercute aussi sur l'efficacité des processus inférentiels du clinicien. L'incapacité d'accepter la confusion inhérente à l'indécision constitue une variable clé exerçant de fortes pressions sur le jugement de l'intervenant et sur ses recommandations pratiques ;
- la méconnaissance des répercussions positives de la neutralité de l'intervenant face à l'issue de la relation : réduction de l'anxiété de performance du clinicien, confrontation des conjoints aux enjeux réels de la situation conjugale et aux multiples trajectoires évolutives potentielles de l'union, valorisation de la responsabilité personnelle et de la notion de choix individuel, modelage de la capacité de réfléchir en dépit de la tension, de la confusion et de l'incertitude vécues.

L'évitement de l'ambivalence amène certains spécialistes à exercer de fortes pressions sur les conjoints pour susciter l'adhésion rapide à un mandat d'amélioration de la relation. Voici un exemple tiré d'une séance de supervision. Ce cas met en cause un conjoint réticent face aux attentes de son partenaire qui se dit prêt à tout pour sauver son couple. À la fin du premier entretien d'évaluation, et devant la charge émotive des échanges et le caractère en apparence irréconciliable des positions de chacun, le clinicien joue le tout pour le tout et il dit : « Je ne peux rien faire pour vous jusqu'à ce que vous soyez parvenus à une décision commune. Si vous décidez de vous séparer, je peux vous aider à le faire le plus sereinement possible et si vous souhaitez rebâtir votre vie de couple, je suis prêt à m'investir avec vous. Contactez-moi lorsque vous serez prêts. » Cette manœuvre s'inspire d'un critère dichotomique tranché qui occulte l'indécision d'un des conjoints. Elle risque aussi d'accentuer les sentiments d'aliénation de chacun. Ce choix a incité les conjoints à mettre un terme à la démarche de consultation.

Afin d'aider le professionnel à composer avec ces défis complexes, nous avons élaboré un modèle de résolution de l'ambivalence en cinq phases. La durée de ce mandat varie chez chaque couple, mais elle oscille généralement entre 2 et 20 rencontres.

A. La création d'attentes appropriées et l'instauration de règles de fonctionnement adaptées à un mandat de résolution de l'ambivalence

À la suite de la négociation d'un mandat de résolution de l'ambivalence, la première phase de l'intervention consiste à créer un climat et des règles propices à l'approfondissement des sentiments, des croyances et des attentes de chacun vis-à-vis la poursuite de la relation. La qualité de ce travail d'exploration repose sur trois conditions. Premièrement, les conjoints – et surtout celui qui est le plus engagé – acceptent de reléguer au second plan leurs objectifs d'amélioration immédiate de la relation. Deuxièmement, durant la période de gestion de l'ambivalence, les conjoints s'engagent à suspendre toute décision hâtive ou action intempestive modifiant radicalement le statut de la relation. Troisièmement, le clinicien insiste pour que l'expérience de chacun – ses attentes,

ses craintes et ses projets éventuels – soit partagée dans un climat exempt de critiques. Les réactions face à ces trois recommandations sont examinées en détail parce que le processus de résolution de l'ambivalence nécessite une forte dose de tolérance à l'incertitude. L'analyse prolongée de l'expérience de chacun soulève presque toujours des vagues d'angoisse. Il importe donc d'adopter des mesures visant à contrôler les risques d'impulsivité et de boycott du processus de réflexion.

B. L'exploration multidimensionnelle de l'ambivalence : affects, croyances et intentions comportementales

La négociation des règles de discussion de l'ambivalence cède ensuite le pas, dans une deuxième phase, à l'examen multidimensionnel de l'indécision. Cet examen repose sur l'approfondissement des affects, des croyances et des intentions comportementales de chacun vis-à-vis l'avenir de la relation. La discussion met généralement en cause des processus dysfonctionnels sur le plan de l'intimité, incluant, entre autres :

- des difficultés d'attachement : « Je ne l'aime plus comme avant » ; « je ne suis pas sûr que je l'aime comme un conjoint mais plus comme un frère ou une sœur » ; « je ne sais pas comment vivre avec quelqu'un d'aussi distant » ; « je ne peux vivre dans un climat affectif aussi intense où je n'ai jamais l'impression d'être à la hauteur de ses attentes » ;
- un profond ressentiment lié à des stresseurs relationnels spécifiques et à des expériences où le sentiment d'avoir été trahi joue un rôle majeur : « Je ne peux pas lui pardonner de m'avoir fait autant de mal ! Il ne va pas s'en tirer si facilement » ; « Comment vivre avec quelqu'un à qui je ne peux plus me fier ? » ; « Il a toujours tout contrôlé et maintenant, il me dit qu'il veut changer, comme par hasard, quand je commence à penser à la séparation ».

Cette phase du modèle de résolution de l'ambivalence nécessite l'adoption de stratégies de clarification, de confrontation et d'interprétation de trois thématiques centrales : *a)* la nature et les déterminants de l'engagement, de l'intimité et de la passion au début de la relation ; *b)* la nature et les causes des changements qui se sont produits au sein de la relation en matière d'intimité et de passion ; *c)* l'analyse des rapports entre la situation de départ, les changements qui ont eu lieu en cours de route et la situation actuelle. Voici deux brefs exemples qui illustrent ce type de travail.

Le premier cas concerne Charlotte et Henri. Ce couple a fait l'objet d'une présentation sommaire au chapitre 2. Il s'agit d'un couple dans la jeune quarantaine, parents de trois enfants. La détresse conjugale et sexuelle est cliniquement significative chez Charlotte mais encore plus forte chez Henri. C'est surtout ce dernier qui est très ambivalent quant à l'avenir de la relation. Henri reproche à Charlotte son peu d'autonomie et sa tendance à le critiquer violemment. Charlotte déplore les nombreuses absences d'Henri qui, depuis la naissance du deuxième enfant, sont encore plus

fréquentes. Au moment d'amorcer le mandat de résolution de l'ambivalence, le clinicien dispose déjà de renseignements diagnostiques élaborés sur le début de la relation et sur les causes probables des problèmes d'engagement, d'intimité et de passion. La priorité de l'intervenant consiste à amener les conjoints à mieux examiner les déterminants du patron d'interaction poursuite/distance qui génère une si forte colère chez les deux conjoints. En fait, le travail d'exploration montre qu'Henri ressent de profonds sentiments de culpabilité et de tristesse vis-à-vis un amour et une relation perdus. En matière de sexualité, il vit aussi des sentiments d'impuissance tout en se disant incapable de changer ses sentiments. Il ajoute : « C'est le premier défi majeur de ma vie que je ne suis pas sûr de pouvoir relever. »

Le dévoilement de ces émotions augmente la capacité d'empathie de Charlotte. Elle comprend que « lui aussi a perdu beaucoup ; je ne suis pas la seule à me sentir impuissante et frustrée ». Charlotte précise toutefois qu'Henri devra éventuellement accepter d'affronter et de surmonter sa peur d'un éclatement familial. Elle termine en affirmant que même si elle comprend le dilemme d'Henri, c'est peut-être elle qui mettra fin à la période d'incertitude. Le clinicien tente d'aider les conjoints à mieux comprendre que leurs conflits relationnels typiques gravitent autour de deux thématiques : un premier noyau traitant de la proximité et de la distance affective et un deuxième noyau correspondant à la dominance et à la soumission au sein du couple. Les scripts relationnels ou les scénarios stéréotypés où chaque conjoint adopte un rôle particulier autour de ces deux thématiques sont identifiés. Enfin, l'intervenant démontre, à l'aide d'exemples, la nature des compétences que les conjoints n'ont pas développées au cours de la relation et qui expliquent l'éloignement actuel : *a)* une capacité de communication efficace ; *b)* des habiletés de résolution des problèmes et des conflits ; *c)* la capacité de prendre soin de soi et de susciter des activités positives et valorisantes ; *d)* la gestion de leur sensualité et de leur sexualité.

Bien que ce ne soit pas le cas chez Henri et Charlotte, l'ambivalence relationnelle s'inscrit souvent dans le contexte d'un événement traumatique : problème de santé mentale ou physique, difficulté financière impromptue, perte d'un emploi, infidélité. Ces stresseurs activent un amalgame de sentiments puissants : anxiété abandonnique, rage, honte, trahison. Par exemple, Janine est encore très attachée à Michel, son mari depuis 10 ans. Elle a toutefois développé de forts sentiments d'ambivalence à la suite des aventures extraconjugales de ce dernier. Cette déloyauté est d'autant plus difficile à gérer que, pour Janine, Michel est le premier homme de sa vie sur qui elle ait pu compter. Son père l'a agressée sexuellement, son premier mari l'a violentée. Les conduites infidèles de Michel provoquent l'effondrement brutal du sentiment de sécurité relationnelle et de la confiance qu'elle avait progressivement réussi à rétablir. De plus, Michel lui a transmis une infection sexuelle. L'exploration des sentiments de trahison, de rage et d'anxiété doit être menée simultanément sur plusieurs fronts : *a)* les émotions éprouvées face à l'infection transmise sexuellement ; *b)* les sentiments de dépendance à l'égard de Michel ; *c)* la colère retournée contre elle-même : « Je devrais être assez forte

pour le quitter.» À cette étape du processus de résolution de l'ambivalence, ce travail d'élaboration affective constitue la cible clé. Évidement, lors de cette phase, le défi pour Michel, qui veut sauver la relation à tout prix, consiste à soutenir Charlotte.

C. La prise de décision

Le processus de gestion de l'ambivalence, dans la majorité des cas, projette éventuellement le couple ou l'un des conjoints dans une situation où des décisions doivent être prises. Ce point d'intersection peut survenir relativement tôt en cours de mandat ou plus tard dans le traitement (p. ex., après 20 séances). Le clinicien peut utiliser les stratégies classiques de résolution de problème afin de bien gérer ce défi. La tâche consiste alors à définir clairement la décision à prendre et à identifier la diversité des alternatives de chacun. Si l'ambivalence se résorbe, le couple peut se tourner vers la séparation : « Est-ce que nous entamons une démarche de séparation maintenant ? », ou vers un nouvel engagement : « Est-ce que nous tentons d'améliorer la relation maintenant ? » Si l'ambivalence ne se résout pas, il faut tout de même, dans certains cas, que le couple prenne certaines décisions élémentaires : « Est-ce que nous devrions continuer de tenter de remédier à certaines sources de l'ambivalence ou apprendre à mieux vivre avec une ambivalence persistante ? »

D. La nécessité d'une démarche de changement individuel

En cours de mandat, certains conjoints découvrent qu'ils ont des difficultés individuelles à résoudre, peu importe l'avenir de leur couple. Par exemple, Ariette questionne son engagement vis-à-vis Jean-Luc, mais elle décide d'entamer parallèlement un traitement individuel. Elle désire mieux gérer plusieurs sources d'insatisfaction personnelle : elle ne se trouve pas assez affirmative et elle souffre de son manque de persévérance face à sa carrière de physiothérapeute. Dans un autre cas, Henri, après avoir remis en question son engagement envers Charlotte, entame une psychothérapie individuelle afin de mieux situer ses priorités de vie familiale et professionnelle. Enfin, Janine veut mieux comprendre et diminuer les séquelles de l'agression sexuelle commise à son endroit par son père. Son conjoint, Michel, entreprend un traitement individuel pour analyser les déclencheurs de son besoin chronique de séduire et de prendre des risques relationnels majeurs. Il désire identifier et appliquer des solutions de rechange à ces stratégies impulsives de régulation des émotions.

E. La transition vers un mandat d'amélioration de la vie conjugale et l'élimination des irritants à la source de l'ambivalence

Toutes les cibles et les stratégies thérapeutiques déployées lors d'un mandat d'amélioration d'une relation conjugale peuvent être mises en action dans le cadre d'un mandat de résolution de l'ambivalence. Par exemple, Charlotte et Henri, tout en discutant de l'avenir de la relation, travaillent avec succès à la consolidation de leurs habiletés de

communication, de résolution de problème et d'expression de la colère. Ils travaillaient encore sur la coordination de leurs besoins d'attachement, de leur sexualité. Il est encore trop tôt pour dire si cette dernière série d'objectifs sera atteinte et si elle aura un impact sur l'attachement qu'Henri ressent face à Charlotte. Janine et Michel complètent les quatre premières étapes du processus de résolution de l'ambivalence, puis ils décident de transformer le mandat pour améliorer divers aspects de leur fonctionnement conjugal. Ce deuxième mandat se conclut par une satisfaction mutuelle accrue et un nouvel engagement. Enfin, après six séances d'exploration des sources de l'ambivalence et des alternatives de chacun, Jean-Luc décide de quitter Ariette. Il se dit maintenant convaincu qu'il n'arrivera jamais à combler les attentes d'Ariette. Le processus de séparation est amorcé.

En terminant, nous espérons avoir montré la pertinence clinique des mandats de résolution de l'ambivalence. Le modèle d'intervention en cinq étapes constitue une tentative préliminaire de modélisation et de manualisation de situations conjugales et psychothérapeutiques complexes où l'ambiguïté et la réactivité émotionnelle augmentent les risques d'impulsivité ou de coercition psychologique et physique. Il va sans dire que le protocole thérapeutique proposé n'est pas appliqué avec rigidité et que la conduite de l'intervenant est guidée par des processus inférentiels évoluant en fonction des caractéristiques particulières de chaque couple.

4. MANDAT D'INTERVENTION DE CRISE

La psychothérapie conjugale nécessite le développement de compétences professionnelles d'identification, d'évaluation et d'intervention en situation de crise. Cette crise est parfois flagrante dès le premier contact : menaces de dissolution d'union, violence familiale, découverte de la déloyauté sexuelle d'un conjoint. Par exemple, chez Céline et Daniel, dont la situation a été évoquée plus haut ainsi qu'au chapitre 2, la crise est vive et apparente : explosions de colère aboutissant à la bousculade, conduites coercitives envers les enfants et ainsi de suite. Chez d'autres couples, les éléments de crise s'expriment plus subtilement et les risques nécessitent un examen clinique minutieux : expression indirecte de l'impulsivité suicidaire et homicidaire, recours à la duperie entre les conjoints ou dans le contact avec l'intervenant. Le tableau clinique n'émerge que progressivement, si le clinicien fait preuve de persévérance. Enfin, chez certains couples dysfonctionnels, au départ, la crise n'existe tout simplement pas. Ce n'est qu'au fil des séances, suite à l'évolution du traitement ou en réaction à des stresseurs imprévus, que la crise surgit. L'apparition d'une situation de crise en cours de traitement entraîne une renégociation du mandat thérapeutique initial. Plusieurs stratégies utilisées en PCCC avec des couples en crise rejoignent les stratégies utilisées auprès de couples vivant un conflit chronique. Ces stratégies sont présentées plus haut, sous la rubrique « Mandat d'amélioration de la relation ». Cependant, certaines facettes d'un état de crise requièrent l'emploi de stratégies spécifiques.

Plusieurs modèles théoriques proposent un schéma de compréhension des situations de crise familiale. Nous retenons les variantes récentes du modèle ABC-X (Hill, 1958, revu par Epstein et Schlesinger, 2000). Dans ce modèle, la composante **A** réfère aux **stresseurs** et aux exigences inhérentes à ces situations, intrinsèquement taxantes pour les individus. Chez Donald et Claire, présentés précédemment, la maladie de Claire provoque un stress important pour elle et pour les autres membres de la famille. Ce couple a déjà fait face, avec succès, à des stresseurs normatifs transitoires : grossesse et accouchement d'un enfant, déménagement. Les compétences de gestion du stress de la famille sont déterminées par les **ressources** de l'individu, lesquelles sont représentées dans le modèle par la lettre **B**. Ces ressources renvoient à la capacité des individus d'appliquer eux-mêmes des solutions individuelles à leurs difficultés. Par exemple, Claire possède d'excellentes capacités d'utilisation des ressources du système médical, même si elle a depuis toujours tendance à se laisser envahir par des pensées et des émotions négatives. Par ailleurs, Donald et Claire ne disposent que de ressources personnelles limitées sur le plan des habilités de communication et de soutien mutuel. **L'évaluation ou la perception du stresseur** est identifiée par la composante **C** du modèle. Cette dimension renvoie au mode d'appréhension idiosyncratique et à la signification du stresseur pour chacun des membres de la famille. Elle varie énormément d'un couple à l'autre. En général, si le couple perçoit un stresseur comme un défi qu'ils vont surmonter ensemble, ils évitent ou amoindrissent l'état de crise. Au cours des trois premiers mois qui suivent la fin du traitement, Donald et Claire réussissent à traiter les ennuis de santé de Claire comme un défi à relever ensemble. Toutefois, lorsque la santé de Claire se détériore ou que l'évolution de sa situation devient incertaine (tests multiples, délais avant d'obtenir les résultats), ces acquis deviennent plus fragiles et Claire se sent plus épuisée, déprimée et irritable. Donald se montre lui aussi irritable au fur et à mesure que ses stratégies d'adaptation centrées sur le déni et l'optimisme aveugle s'avèrent inefficaces et en réaction à l'insécurité des enfants de même qu'à leurs nombreuses exigences et provocations. Les tensions produites par l'écart entre les demandes posées par les stresseurs et la capacité de la famille à gérer les stresseurs produit l'état **X de désorganisation**. Dans de telles situations, les rôles, les patrons de réactions typiques et les stratégies de gestion du stress individuel et conjugal sont rigides ou moins efficaces.

En général, l'objectif général du mandat d'intervention de crise est d'aider le couple à retrouver son équilibre et une stabilité de fonctionnement afin de permettre la réalisation d'un autre mandat thérapeutique. Dans les meilleurs scénarios, l'intervention de crise est relativement de courte durée, mais tel qu'illustré au chapitre 2, elle implique la poursuite simultanée de plusieurs cibles thérapeutiques.

1. Transmettre une vision explicative (voir la section du chapitre 2 traitant de la séance de rétroaction) de la situation conjugale qui inclut les composantes pertinentes du modèle de crise familiale ABC-X et amener les individus à tenter d'adhérer à ce modèle. Chez Claire et Donald, les avantages de cette intervention

psychoéducative sont multiples : se sentir compris et validés par le clinicien, induire l'espoir que des solutions aux difficultés actuelles existent, augmenter la solidarité entre les conjoints.

2. Aider le couple à se concentrer sur certains stresseurs et à en ignorer d'autres pour le moment. Les crises conjugales s'accompagnent souvent : *a)* d'une impression chronique d'envahissement associée à un nombre élevé de stresseurs qui se produisent simultanément ; *b)* de la perception de ne pas avoir assez de temps pour gérer chacune des situations stressantes ; *c)* de l'incapacité de s'entendre sur les aspects de ces multiples situations à traiter en priorité. L'atteinte de cet objectif nécessite le déploiement de plusieurs stratégies exposées au chapitre 2. Certaines de ces interventions exigent beaucoup de fermeté et de doigté chez l'intervenant. Ainsi, chez Claire et Donald, le clinicien a aidé les conjoints à prioriser la réduction de la violence verbale et l'examen de certaines pratiques parentales tout en mettant de côté les projets de séparation et les problèmes de conciliation de leurs différences culturelles et linguistiques. À court terme, l'application de ces stratégies réduit le fardeau décisionnel et crée un soulagement. Ces stratégies visent aussi à concentrer les énergies de chacun pour produire des changements thérapeutiques tangibles.
3. Provoquer des changements immédiats dans le style d'interaction conjugale destructeur. La majorité des couples en crise adoptent des comportements interpersonnels dysfonctionnels. Ces comportements doivent être étiquetés et soulignés par le clinicien dès la première séance. Chez Claire et Donald, dès l'entrevue d'accueil, la fréquence des disputes s'élève à plus de cinq fois par semaine. De plus, ces échanges violents sont menés devant les enfants même si, souvent, ils concernent directement les attitudes et les comportements à adopter devant ceux-ci. Les épisodes de crise sont déclenchés par des événements mineurs qui s'enveniment rapidement. Chacun rajoute à la discussion deux ou trois thématiques conflictuelles et ces éléments sont repris pêle-mêle dans un climat chargé d'hostilité et de confusion. Ces épisodes ne s'accompagnent pas de violence physique, mais les échanges sont empreints de violence psychologique : insultes, dénigrement, menaces, gestes d'intimidation.

   En six séances, le clinicien cible cinq objectifs spécifiques d'intervention de crise. Ce modèle en plusieurs étapes est repris plus en détail au chapitre 9.

   - Aider les conjoints à décrire et à analyser plusieurs des incidents les plus violents, surtout ceux dont les enfants sont témoins. Cette tactique vise à augmenter le sens de la responsabilité personnelle de chaque conjoint face à ses comportements de violence, en réduisant la résistance à reconnaître la nature réelle de ces conduites et le déni de leurs conséquences personnelles et familiales (objectif 1 du modèle exposé au chapitre 9).
   - Mettre en place les conditions de sécurité favorisant, au début d'une des séances d'intervention de crise, l'observation directe d'une dispute de cinq minutes où le clinicien assiste à un processus d'escalade et à un échange de

critiques. Durant cette période, l'intervenant se place en retrait. Il recueille suffisamment d'information pour être en mesure de décrire avec minutie, rigueur et compassion les croyances et les affects impliqués dans le cycle de la violence (objectif 5 du modèle).

- Aborder la discrimination des niveaux de colère et la procédure d'arrêt de comportement (objectif 6).
- Exposer le modèle cognitif-émotif-comportemental de la colère (objectif 7).
- Enseigner les techniques de contrôle de la colère et d'affrontement des pensées violentes (objectif 8).

4. Accomplir d'autres changements conjugaux et réduire le stress. Chez des couples avec de jeunes enfants, les pratiques parentales dysfonctionnelles constituent fréquemment une cause et une conséquence de la situation de crise. Par exemple, les répercussions du stresseur médical vécu par Claire se surimposent aux vulnérabilités parentales de chacun des conjoints. De plus, Émilie, la fille de Claire et Donald, a eu très tôt de sérieux problèmes pulmonaires. Elle a aussi été témoin de la première dépression de sa mère et d'une séparation déchirante entre sa mère et son père biologique, Michel. Sa santé psychologique vulnérable se trouve fragilisée par la crise. Par ailleurs, certaines réactions d'Émilie amplifient la crise familiale. C'est pourquoi, dès la première rencontre d'évaluation, le clinicien cherche à modifier les pratiques parentales de Claire et Donald (voir, en plus des explications apportées plus haut, le chapitre 2). L'application de cette stratégie réduit rapidement les effets de certains stresseurs. Toutefois, ces séances d'intervention de crise révèlent aussi des déficits parentaux plus importants qui devront être corrigés plus tard. En fait, le développement des compétences parentales et l'analyse de la dynamique familiale occuperont une dizaine de rencontres. Dans le cadre du mandat d'intervention de crise, les objectifs se sont limités à créer une meilleure communication et un partage d'activités positives entre Donald et Émilie, à réduire les risques que Donald crie et à aider les parents à mieux comprendre les éléments de leur dynamique liés aux commentaires irrespectueux d'Émilie envers Donald.
5. Maintenir l'espoir en encourageant le développement d'une vision optimiste de la situation, la mise en place d'activités agréables et l'augmentation des échanges verbaux et physiques de soutien et d'affection. Avant l'apparition des problèmes de santé de Claire, les deux partenaires partageaient de multiples activités positives : sports, sorties, vie sexuelle active et satisfaisante. Ils entretenaient aussi des attitudes positives face aux multiples défis qui se posaient à eux. La maladie de Claire limite l'accès à la majorité de ces activités. Les conjoints et le clinicien aident donc les conjoints à identifier et à initier des activités agréables communes encore envisageables (soupers au restaurant, fins de semaine sans les enfants, etc.) ainsi que des échanges verbaux positifs.

6. Aider chaque conjoint à prendre soin de lui-même (*self-care*) régulièrement afin de garder un moral positif. Les individus en situation de crise aiguë ou prolongée éprouvent de grandes difficultés à s'occuper d'eux-mêmes dans un contexte de ressources limitées ou en présence de facteurs environnementaux nuisibles tout en restant solidaires avec les autres membres de la famille. Claire s'est avérée une excellente candidate aux stratégies de soins personnels préconisées en psychologie de la santé pour composer avec la douleur chronique : yoga, bains chauds, méditation, rencontres avec un psychologue spécialisé (Brown et Folen, 2005). Quant à Donald, il se sent isolé de ses enfants et inadéquat comme père. Des recommandations très concrètes sont émises par Claire et par le clinicien pour l'aider à choisir et à amorcer plusieurs activités positives avec ses enfants, une stratégie qui porte fruit assez rapidement. En effet, les enfants recherchaient des contacts avec Donald, qui en est emballé. Donald s'est aussi montré très motivé à continuer son programme de mise en forme individuelle et à pratiquer d'un sport d'équipe (le curling), selon un horaire déterminé de concert avec Claire.

La durée d'un mandat d'intervention de crise est variable. De même, son évolution n'est pas facilement prévisible. Chez certains couples, le mandat est établi dès le départ et il se poursuit jusqu'à ce qu'au moins un des conjoints ou l'intervenant mette fin aux séances. Chez d'autres, le mandat demeure en vigueur jusqu'à ce que les stresseurs les plus intenses disparaissent ou s'amenuisent, sous l'influence de stratégies d'adaptation efficaces développées dans le contexte du traitement. Dans ces derniers cas, les séances se poursuivent en fonction d'un nouveau mandat. Le cas de Claire et Donald fait partie de cette catégorie où le mandat thérapeutique évolue. L'évaluation s'est déroulée en quatre séances : deux entretiens conjoints et deux rencontres individuelles. Après la période diagnostique, les parties s'entendent sur la nécessité d'une intervention de crise. La réalisation de ce mandat nécessitera dix rencontres de 80 minutes, à raison d'une rencontre aux deux semaines. Les progrès se manifestent surtout par une réduction de la fréquence des disputes et de la violence verbale, par une amélioration partielle des pratiques parentales et par une augmentation du nombre d'activités familiales positives.

À la 11e rencontre, le clinicien présente un survol des progrès réalisés et un bref aperçu de leur situation en référence au modèle ABC-X. Les conjoints sont satisfaits et encouragés par ces améliorations notables. Ils sont toutefois très conscients des nombreux autres conflits à résoudre. Ils acceptent d'entamer un mandat plus global d'amélioration de leur vie conjugale et familiale : gestion continue de la maladie de Claire et de son impact sur la famille, enrichissement de la vie sexuelle et affective, tensions avec les belles-familles respectives, approfondissement des compétences parentales. Au moment d'écrire ce texte, le traitement s'est déroulé sur quinze séances aux deux semaines. Hormis l'annulation de quelques séances, les résultats obtenus dans le cadre de ce nouveau mandat sont positifs. La psychothérapie de couple n'est cependant pas terminée puisque les membres de la famille demeurent vulnérables à d'éventuels

stresseurs probables : la détérioration de la santé de Claire, l'exacerbation des tensions avec l'ex-conjoint de Claire (le père biologique d'Émilie) ou les problèmes de gestion de carrière de Donald).

CONCLUSION

Les cas présentés aux chapitres 2 et 4 illustrent bien les difficultés typiques des couples qui se présentent, en milieu institutionnel ou en cabinet privé, pour bénéficier de la PCCC. Enfin, il importe de signaler que la durée de ces traitements est éminemment variable. Règle générale, le nombre de rencontres, incluant l'évaluation diagnostique, varie entre 8 et 35. Les doses thérapeutiques typiques en recherche (Wright *et al.*, 2007) ou en pratique clinique usuelle (Northey, 2002) s'échelonnent en moyenne sur une quinzaine de séances de 50 minutes. Plusieurs s'entendent pour dire que ces doses sont relativement faibles. Par exemple, les recommandations les plus récentes (Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom et Simpson, 2004) en matière de PCCC visant l'amélioration de la vie de couple font état d'une norme de pratique établie à 24 rencontres de 90 minutes.

La majorité des experts soutiennent, données probantes à l'appui, que la PCCC s'accompagne de changements thérapeutiques significatifs et durables (Snyder, Castellani et Whisman, 2006). Toutefois, de tels résultats, comparables à ceux exposés dans les guides de pratique, ne seraient obtenus que par des intervenants ayant obtenu une formation de base adéquate. Cette formation intensive comprendrait l'exposition à de nombreux cas aux profils et aux besoins variés, supervisés rigoureusement à partir de l'observation, en direct ou en vidéo, des séances. Il n'est pas exclu que le clinicien qui ne dispose pas d'un tel encadrement puisse utiliser efficacement la PCCC. Les résultats dépendent alors du degré de difficulté des cas, ainsi que des compétences, de l'expérience et des aptitudes du clinicien.

D'un point de vue scientifique et professionnel, la transition des modèles traditionnels aux modèles intégrés de PCCC suscite beaucoup d'optimisme et d'enthousiasme. La complexification des objectifs et des méthodes d'intervention se répercutera favorablement sur l'ensemble du spectre de la clientèle rencontrée en psychothérapie de couple.

RÉFÉRENCES

Bartholomew, K. (1990). « Avoidance of intimacy : An attachment perspective », *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, p. 147-178.

Boisvert, M.-M., Wright, J., Mondor, J., Lorange, J. et McDuff, P. (2007). *Les mandats et les objectifs thérapeutiques en consultation conjugale,* communication par affiche présentée au Congrès annuel de l'Association canadienne pour le savoir, Trois-Rivières, mai.

Brown, K.S. et Foley, R.A. (2005). « Pychologists as leaders of multidisciplinary chronic pain management teams : A model for health care delivery », *Professional Psychology : Research and Practice, 36*(6), p. 587-594.

Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H. et Simpson, L.E. (2004). « Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, p. 176-191.

Dimidjian, S., Martell, C.R. et Christensen, A. (2002). « Integrative behavioral couple therapy », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd.), New York, Guilford, p. 251-280.

Doss, B.D., Simpson, L.E. et Christensen, A. (2004). « Why do couples seek marital therapy ? », *Professional Psychology : Research and Practice, 35*, p. 608-614.

Ellis, A., Sichel, J.L., Yeager, R.J., DiMattia, D.J. et DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive Couples Therapy*, New York, Pergamon Press.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach,* Washington, American Psychological Association.

Epstein, N.B. et Schlesinger, S.E. (2000). « Couples in crisis », dans F.M. Dattilio et A. Freeman (dir.), *Cognitive-behavioral Strategies in Crisis Intervention* (2e éd.), New York, Guilford, p. 291-315.

Godbout, N., Lussier, Y. et Sabourin, S. (2006). « Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment », *Violence and Victims, 21*(6), p. 744-760.

Gottman, J.M. (1999). *The Marriage Clinic : A Scientifically Based Marital Therapy,* New York, Norton.

Guerin, P.J., Fay, L.F., Burden, S.L. et Gilbert Kautto, J. (1987). *The Evaluation and Treatment of Marital Conflict : A Four-stage Approach,* New York, Basic Books.

Hetherington, E.M. et Kelley, J. (2002). *For Better or for Worse : Divorce Reconsidered*, New York, Norton.

Hill, R. (1958). « Generic features of families under stress », *Social Casework, 49*, p. 138-150.

Jacobson, N.S., Follette, W.C. et Revenstorf, D. (1984). « Psychotherapy outcome research : Methods for reporting variability and evaluating clinical significance », *Behavior Therapy, 15,* p. 336-352.

Jacobson, N.S. et Christensen, A. (1996). *Acceptance and Change in Couple Therapy : A Therapist's Guide to Transforming Relationships,* New York, Norton.

Jacobson, N.S. et Margolin, G. (1979). *Marital Therapy : Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles,* New York, Brunner/Mazel.

Johnson, S.M. (1996). *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection,* New York, Brunner/Mazel.

Karney, B.R. et Bradbury, T.N. (1995). « Modeling family dynamics with event history techniques », *Journal of Marriage and the Family, 57,* p. 1078-1090.

Karney, B.R. et Bradbury, T.N. (2000). « Attributions in marriage : State or trait ? A growth curve analysis », *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, p. 295-309.

Karney, B.R., Bradbury, T.N., Fincham, F.D. et Sullivan, K.T. (1994). « The role of negative affectivity in the association between attributions and marital satisfaction », *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(2), p. 413-424.

Kazdin, A.E. (2005). *Parent Management Training : Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents,* New York, Oxford University Press.

Lefebvre, D., Wright, J., Sabourin, S. et Poitras-Wright, H. (1995). « Diversité des modèles contemporains en psychothérapie de couples d'orientation cognitive », *Revue québécoise de psychologie*, *16*(2), p. 91-129.

Northey, W.F. (2002). « Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists : A national survey », *Journal of Marital and Family Therapy, 28*, p. 487-494.

Poitras-Wright, H. (2006). *Grille d'évaluation des mandats en thérapie pour la recherche sur l'efficacité de la thérapie conjugale,* Longueuil, Clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright Côté.

Sabourin, S., Lussier, Y., Simoneau, A. et Wright, J. (1993). « La motivation en contexte naturel I : La théorie de l'attribution et les problèmes du couple », dans R.J. Vallerand et E.E. Thill (dir.), *Introduction à la psychologie de la motivation,* Laval, Études Vivantes, p. 511-532.

Salovey, P., Rothman, A.J., Detweiler, J.B. et Stewart, W.T. (2000). « Emotional states and physical health », *American Psychologist, 55*, p. 1410-1421.

Sexton, T.L., Alexander, J. F. et Mease, A.L. (2004). « Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy », dans A.E. Bergin et S.S. Garfield (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e éd.), New York, Wiley, p. 590-646.

Shadish, W.R. et Baldwin, S.A. (2005). « Effects of behavioral marital therapy : A meta-analysis of randomized controlled trials », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, p. 6-14.

Snyder, D.K., Castellani, A.M. et Whisman, M.A. (2005). « Current status and future directions in couple therapy », *Annual Review of Psychology, 57,* p. 317-344.

Stuart, R.B. (1969). « Operant and interpersonal treatment for marital discord », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* p. 675-682.

Tremblay, N., Wright, J., Mamodhoussen, S. et Sabourin, S. (à paraître). *An Exploratory Study on the Link between Pretherapy Factors, Mandates and Outcome in Couple Therapy*. Accepté pour publication.

Wallerstein, J.S., Lewis, J.M. et Blakeslee, S. (2000). *The Unexpected Legacy of Divorce : A 25-year Landmark Study,* New York, Hyperion.

Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years : A Trouble-shooting Guide for Parents of Children Aged 2-8 Years,* Seattle, Seth Enterprises.

Wright, J. (1984). « Thérapie de couple », dans O. Fontaine, J. Cottraux et R. Ladouceur (dir.), *Cliniques de thérapie comportementale*, Liège, Mardaga.

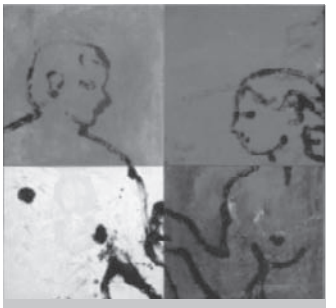
Wright, J. (1990). *La survie du couple,* Montréal, Les Éditions du Jour.

Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S. et Perron, A. (1999). « L'abus sexuel à l'endroit des enfants », dans E. Habimana, M. Tousignant et L. Éthier (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (p. 615-639), Montréal, Gaëtan Morin.

Wright, J. et Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple : Diagnostic et traitement*, Montréal, Les Éditions Consultation.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P. et Mamodhoussen, S. (2007). « The clinical representativeness of couple therapy outcome research », *Family Process, 46,* p. 301-316.

Wright, J., Sabourin, S., Poitras-Wright, H., Lefebvre, D. et Lussier, Y. (2006). « Problèmes de couple », dans O. Fontaine et P. Fontaine (dir.), *Manuel pratique de thérapie cognitivo-comportementale* (p. 551-605), Paris, Éditions Retz.



CHAPITRE

5

THÉRAPIE DE COUPLE AXÉE SUR L'ÉMOTION

Marie-France Lafontaine, Susan M. Johnson-Douglas, Normand Gingras et Wayne Denton

L'*Emotionally Focused Therapy* (EFT) pour les couples est une approche structurée brève formulée dès le début des années 1980 par Susan Johnson et Leslie Greenberg ; de nombreuses études empiriques en ont validé l'efficacité. Dans cette approche, l'intervenant joue un rôle d'expert-conseil en matière de dynamique interrelationnelle, offrant aux partenaires appui et soutien. Il veut ainsi, dans un premier temps, rendre plus explicite leur conscience à l'égard de leurs prises de position au sein de cette dynamique et, dans un deuxième temps, élargir le répertoire de leurs réponses émotionnelles. De façon globale, l'approche vise la transformation et la restructuration de la dynamique interrelationnelle. L'EFT a fait ses preuves auprès de divers types de couples tant en pratique privée que dans les centres de formation universitaire et dans

les hôpitaux. Parmi ces couples en détresse, on trouve des partenaires souffrant de troubles particuliers, comme la dépression (Dessaulles, Johnson et Denton, 2003 ; Whiffen et Johnson, 1998), l'état de stress posttraumatique (Johnson et Williams-Keeler, 1998 ; Johnson, 2002) et la douleur chronique (Knowal, Johnson et Lee, 2003). En outre, les stratégies et techniques de l'EFT s'appliquent aussi aux familles en détresse (Johnson, Maddeux et Blouin, 1998). La contre-indication principale à cette forme de thérapie reste la présence de violence conjugale, thème qui sera approfondi plus loin.

1. HISTORIQUE DE L'*EMOTIONALLY FOCUSED THERAPY* (EFT)

1.1. La synthèse des perspectives expérientielle et systémique

L'EFT est le produit d'une intégration des perspectives expérientielle/gestalt (p. ex., Perls, Hefferline et Goldman, 1951 ; Rogers, 1951) et interactionnelle/systémique (p. ex., Fisch, Weakland et Segal, 1982). On la qualifie d'expérientielle, en raison de l'accent placé sur l'exploration détaillée du vécu émotif de chaque partenaire, et de systémique, car elle place l'expérience de l'individu dans le contexte de cycles interactionnels entre les partenaires. Le terme « émotion » vient du latin *movere* signifiant « mouvoir », ce qui souligne son importance, pour le thérapeute EFT, comme moteur des comportements dans le cycle interrelationnel. Dans le cadre de l'EFT, les émotions sont cernées, puis exprimées de manière à favoriser la prise de nouvelles positions dans la danse ou la dynamique interrelationnelle – prises de position qui redéfinissent à la fois le soi et la relation à l'autre. Il en résulte une nouvelle dynamique interrelationnelle qui a l'avantage de contribuer au développement d'un lien d'attachement sécurisant qui, à son tour, permettra au couple de trouver de nouvelles solutions aux problèmes non résolus.

1.2. Les influences de la théorie de l'attachement

Depuis ses premières formulations, l'EFT a subi de nombreuses modifications, surtout grâce à l'apport de la théorie de l'attachement à la compréhension des relations intimes. Même si, dès le départ, l'EFT formulait déjà ces relations comme des liens d'attachement, c'est dans la théorie de l'attachement que la nature des relations amoureuses a pu se préciser au fil des ans. Cette théorie a gagné la faveur de nombreux intervenants qui prônent son utilité dans le domaine des relations de couple, en particulier avec les couples en détresse où au moins un des partenaires souffre de traumatismes ou de dépression (Whiffen et Johnson, 1998). On remarque qu'au cours de la dernière décennie, la recherche portant sur la théorie de l'attachement et sur son application aux relations adultes a connu un engouement sans précédent, ce qui favorise grandement son utilisation et sa pertinence pour les intervenants (Johnson et Denton, 2002).

2. LES PRINCIPES CLÉS DE L'EFT

Les principes clés de l'EFT, discutés en détail par certains auteurs (Johnson, 1996 ; Greenberg et Johnson, 1988), peuvent se résumer en six points.

1. Une alliance de collaboration entre l'intervenant et chaque partenaire offre au couple une base sécurisante qui permet de mieux explorer sa dynamique interrelationnelle. L'intervenant agit comme expert-conseil sur la dynamique interrelationnelle.
2. L'émotion joue un rôle fondamental dans l'organisation des comportements d'attachement au sein de la dynamique interrelationnelle et dans la constitution de soi et de l'autre au sein de celle-ci. L'émotion dirige la perception et lui donne un sens. Elle est à la fois source de motivation et filtre d'interprétation des réponses d'attachement. Lorsqu'on s'exprime, l'émotion se transmet aux autres dans notre communication et influence, voire façonne leur réponse. On distingue, en EFT, deux niveaux d'émotion : le niveau primaire (ou émotion primaire) et le niveau secondaire (ou émotion secondaire). Alors qu'en principe n'importe quelle émotion peut se situer au niveau secondaire ou primaire, dans un couple piégé dans une dynamique négative, on retrouve au niveau secondaire les émotions que les partenaires expriment aisément, comme les émotions plus « agressives » de critique et de reproches d'un conjoint envers son partenaire qui, à son tour, n'hésite pas à exprimer son exaspération et sa colère devant son insatisfaction constante. Au niveau primaire se trouvent les émotions non avouées ou inexprimées et dites plus « vulnérables », telles que la solitude et le sentiment d'abandon d'un partenaire, ainsi que le découragement de son conjoint. L'intervenant en EFT privilégie des réponses à forte teneur émotionnelle et déconstruit les émotions négatives (comme la colère), en accentuant leur intensité et leur étendue pour faire ressortir certains éléments marginalisés (telles les émotions de niveau primaire de peur et d'impuissance). L'intervenant fera appel à ces émotions nouvellement formulées et articulées (comme la peur et l'envie ou la colère affirmative) dans le but de susciter de nouveaux pas dans la danse interrelationnelle. Dans la perspective EFT, s'attarder à l'expression émotive est non seulement la façon la plus efficace et la plus rapide de travailler auprès des couples, mais elle est souvent la seule option qui permette aux partenaires de se sortir de l'impasse interrelationnelle dans laquelle ils se trouvent piégés. C'est par l'expression émotive que les partenaires arrivent à changer et à élargir leur répertoire de réponses ; ils réussissent ainsi à évoquer des « réponses clés », telles la confiance et la compassion, difficiles à exprimer autrement. On assistera alors à une transformation bénéfique de la perception de soi et d'autrui.
3. Les besoins et désirs d'attachement chez les partenaires sont essentiellement sains et adaptatifs. C'est dans la façon dont ces besoins et désirs sont exprimés, souvent dans un contexte d'insécurité perçue, que les problèmes surviennent.

4. Les problèmes sont tributaires de la dynamique interrelationnelle qui organise les interactions et façonne l'expérience émotionnelle dominante de chacun. Cette dynamique prend la forme d'un cycle réciproque de réactions d'autorenforcement caractérisé par des émotions négatives intenses. L'intervenant en EFT tente d'abord de réduire l'intensité des réactions émotives sans toutefois vouloir changer la dynamique de base. Par la suite, il aide les partenaires à créer une nouvelle dynamique interrelationnelle, caractérisée par des interactions d'où transpirent des émotions positives et où les émotions négatives peuvent être régulées de façon à ne pas aliéner l'autre partenaire.
5. La clé de la transformation de la dynamique interrelationnelle ne se trouve pas dans une réflexion sur l'historique du couple, ni dans la catharsis, ni dans la négociation. Elle se révèle plutôt au fil de la création, dans le contexte présent de nouvelles expériences émotionnelles marquées par des interactions qui favorisent un attachement sécurisant.
6. Dans la thérapie de couple, le « client » n'est ni un partenaire ni l'autre, mais plutôt la relation, ou la dynamique interrelationnelle proprement dite. La théorie d'attachement propose une perspective sur l'amour adulte : l'insécurité entre adultes et la détresse de séparation sont des éléments qui sous-tendent les problèmes relationnels. Dans cette perspective, le but ultime de la thérapie devient la création d'une nouvelle dynamique interrelationnelle caractérisée par des liens de type sécurisant. Cette dynamique agira comme antidote au cycle négatif et elle redéfinira la dynamique interrelationnelle. Les trois buts de l'EFT sont donc les suivants : *a)* créer une alliance collaborative sécurisante ; *b)* accéder aux réponses émotionnelles qui dirigent les interactions du couple, les amplifier et les rendre plus explicites ; *c)* restructurer ces interactions dans la direction de l'accessibilité et de la réponse positive.

3. LE PROCESSUS DU CHANGEMENT : LES TROIS STADES

Le processus du changement dans l'EFT correspond à une démarche de traitement en neuf étapes regroupées en trois stades.

Le premier stade, la « désescalade » ou la « désintensification » de la dynamique, comprend quatre étapes qui misent sur la création de l'alliance thérapeutique avec la détermination des sujets de conflit, la reconnaissance de la dynamique dysfonctionnelle et des enjeux de l'attachement, l'accès aux émotions primaires qui sous-tendent l'attachement et, finalement, l'évaluation et la désintensification des cycles interactionnels problématiques.

Le deuxième stade, celui de la restructuration de la dynamique, comprend trois étapes : en premier lieu, rendre explicites les besoins, les peurs et les croyances sur le soi ; puis, promouvoir l'acceptation de ceux-ci chez l'autre partenaire ; enfin, favoriser

l'engagement émotif et l'expression des besoins de chacun, en suscitant et façonnant les événements clés de changement. C'est au sein de cet événement critique de réattachement (*bonding event*) que chaque partenaire est invité à changer sa prise de position, à se risquer à faire confiance à l'autre et ainsi à participer à la transformation de la dynamique interrelationnelle.

Le troisième stade, celui de la consolidation, a pour but de bien ancrer les nouvelles prises de position et d'intégrer ces changements à la vie de tous les jours. Si le couple franchit ces étapes avec succès, il semble être en mesure de résoudre des conflits de longue date et de régler des problèmes concrets, ces derniers étant maintenant dénués de leur connotation de menace à l'attachement. À ce stade, les partenaires sont en mesure d'afficher ouvertement leurs besoins d'attachement et les émotions primaires qui leur sont tributaires. Pour le partenaire plus en retrait, il s'agit de démontrer sa disponibilité, son soutien et son besoin de valorisation, alors que pour le partenaire plus actif, il s'agit de témoigner sa peur d'abandon et son désir de proximité. Ces expressions interpellent de nouvelles réponses chez l'autre, constituant ainsi l'établissement d'une dynamique différente caractérisant une relation sécurisante.

Ces étapes se succèdent et s'imbriquent les unes dans les autres, la prochaine incorporant les éléments de la précédente. Chez un couple affichant un niveau de détresse moyen, les partenaires franchissent les étapes plutôt rapidement et au même rythme. Lorsque le seuil de détresse est plus élevé, le partenaire plus passif ou plus retiré est invité à prendre les devants dans les étapes. L'intervenant doit donc veiller à ce que ce partenaire s'engage émotionnellement et puisse rassurer l'autre sur sa disponibilité et son soutien. Il s'agirait donc, si l'on veut changer les pas de la danse, de s'assurer que les deux partenaires sont engagés sur la même piste de danse ! L'assurance de cet engagement aidera le partenaire plus critique et actif à s'adoucir, à adopter une attitude plus conciliante. Les neuf étapes de l'EFT sont décrites ci-dessous.

3.1. Stade I : la désescalade/désintensification

Étape 1 : Déterminer les sujets de conflit.

Étape 2 : Reconnaître la dynamique interrelationnelle et les prises de position de chacun.

Étape 3 : Accéder aux émotions non avouées qui sont à la base des prises de position qu'adopte chaque partenaire dans la dynamique ; amplifier et rendre plus explicites ces émotions.

Étape 4 : Recadrer le problème dans le contexte de la dynamique interrelationnelle, soulignant les émotions qui les sous-tendent et leur lien avec les besoins d'attachement.

Il s'agit, vers la fin de l'étape 4, de donner aux partenaires une métaperspective de leur propre dynamique. Dans cette optique, en conformité avec le concept de causalité circulaire tributaire de la pensée systémique où la cause provoque un effet qui, à son tour, est la cause de l'événement suivant, les partenaires sont à la fois les acteurs et les victimes d'une dynamique qu'ils créent inconsciemment par une régulation émotionnelle plutôt rigide ; cela engendre une dynamique dont les patrons d'interaction deviennent très contraignants, ce qui favorise alors une régulation contraignante des émotions. Il s'agit donc d'un cercle vicieux duquel il devient très difficile de s'extraire. En présentant la dynamique de cette manière au couple, on évite que les partenaires se blâment l'un et l'autre, pour qu'ils mettent plutôt le blâme sur la dynamique interactionnelle pour leurs difficultés. L'étape 4 conclut le stade de désintensification. L'intervenant, avec la participation des partenaires, propose une reformulation du problème qui résonne avec le vécu de chacun et qui cible la dynamique interrelationnelle, plutôt que l'autre partenaire, comme l'ennemi. Les partenaires s'aperçoivent qu'ils participent, sans le vouloir, à créer « leur propre misère ». S'ils acceptent cette reformulation, les changements qu'ils doivent apporter à leurs comportements deviennent plutôt évidents. Par contre, si la thérapie s'arrête à ce stade, il est peu probable que le couple sera en mesure de maintenir ses gains sans sombrer de nouveau dans la dynamique dysfonctionnelle. Une nouvelle dynamique, qui promeut la sécurité d'attachement et des émotions positives, doit être mise en place.

3.2. Stade II : changements dans les prises de position interactionnelles

Étape 5 : Encourager les partenaires à cerner et à accepter leurs besoins d'attachement inavoués, leurs peurs et certains aspects du soi. Le besoin d'être rassuré et celui d'être réconforté sont les besoins d'attachement les plus communs. Un sentiment de honte ou d'indignité peut faire partie des aspects non avoués du soi.

Étape 6 : Encourager chez chacun la compréhension et l'acceptation empathique du vécu de l'autre.

Étape 7 : Restructurer la dynamique interrelationnelle en favorisant l'expression des désirs et des besoins d'attachement tout en s'appuyant sur les nouvelles perceptions de soi et d'autrui par l'entremise des événements clés de réengagement émotionnel (*emotional bonding events*).

Le premier objectif de l'étape 7 est d'amener le partenaire retiré à se réengager dans la relation et à réclamer vigoureusement les conditions de son réengagement. Par exemple, un homme pourrait dire à sa conjointe : « Je veux être là pour toi. Je sais que je suis distant. Mais je ne peux plus supporter toutes ces critiques. Je veux qu'on trouve une autre façon. » Un second objectif est d'obtenir le « relâchement » de la prise de position amère et critique du partenaire en poursuite, en encourageant une prise de

position plus vulnérable qui lui permet de demander que soient comblés ses besoins d'attachement. Ce relâchement émotionnel favorisera une réponse positive de la part de l'autre, qui n'aura pas à contrer sa colère et sa critique. Cet événement clé de changement est étroitement lié à la réduction de la détresse et au succès dans l'EFT (Johnson et Greenberg, 1988). Lorsque les deux partenaires ont franchi l'étape 7, une nouvelle forme d'engagement émotionnel (*bonding*) est possible. L'intervenant encouragera ces moments d'engagement pendant la séance, mais ils peuvent également avoir lieu à l'extérieur de la thérapie. Les partenaires sont alors plus en mesure de se confier et de trouver le réconfort auprès de l'autre, qui est dorénavant plus accessible, attentif et soutenant. Des descriptions de cas cliniques décrivant ces événements clés de changement sont relatées dans les écrits sur l'EFT (p. ex., Johnson et Greenberg, 1995).

3.3. Stade III : consolidation des changements et intégration à la vie de tous les jours

Étape 8 : Consolider les nouvelles prises de position et les nouveaux comportements d'attachement dans une nouvelle dynamique interrelationnelle.

Étape 9 : Favoriser l'élaboration de nouvelles solutions à d'anciens problèmes.

Le but du stade III est de consolider les nouvelles prises de position, avec leurs réponses émotionnelles, dans le cadre d'une nouvelle dynamique d'interaction. L'intervenant peut revoir les progrès de chaque partenaire au cours de la démarche thérapeutique tout en favorisant une narration cohérente de son parcours. L'intervenant peut également soutenir les partenaires dans la résolution de problèmes concrets qui, autrefois, auraient eu des effets néfastes sur leur relation. Cela s'avérera beaucoup moins difficile étant donné que ces problèmes ne seront plus teintés d'un affect négatif envahissant (*overwhelming negative affect*), car ils ne menacent plus la relation.

4. L'ÉVALUATION ET LA SÉLECTION DES COUPLES

Même si la recherche sur l'EFT a fait appel à une panoplie de mesures s'adressant au fonctionnement conjugal (p. ex., l'Échelle d'ajustement dyadique – *Dyadic Adjustment Scale* –, Spanier, 1976), il n'existe pas d'instrument d'évaluation destiné spécifiquement à l'EFT. Il incombe à l'intervenant de faire cette évaluation au début de la démarche thérapeutique et de la poursuivre au cours de celle-ci. La présence de violence conjugale et sa gravité pourront être évaluées au cours de l'entretien clinique ou par des questionnaires. Dès la première séance, l'intervenant invitera les partenaires à partager ce qui les motive à entamer la démarche, en portant une attention particulière aux problèmes relationnels soulevés par chacun (p. ex., disputes, communication difficile ou

manque d'intimité). Alors que ces problèmes, souvent exprimés sous forme de reproches, ne sembleront pas reliés, l'intervenant, à la lumière des enjeux d'attachement prédits par le modèle EFT, pourra inclure ces reproches dans une perspective plus globale ; celle-ci permettra une reformulation du but commun qui répondra alors aux inquiétudes de chacun.

Il s'agit ensuite de cerner, avec la participation active des partenaires, la dynamique interrelationnelle négative qui est à la source des plaintes du couple. Chez les couples plus expressifs, le déploiement de cette dynamique peut se dérouler au cours de la séance, alors que chez les autres, l'intervenant tracera peu à peu la dynamique en se référant aux anecdotes des partenaires. Par exemple, en se fiant au modèle d'interaction de couple caractérisé par des comportements de poursuite d'un des partenaires et de retrait de l'autre, l'intervenant peut débuter en soulignant le sentiment primaire de grande solitude chez la conjointe, source de frustration et de colère secondaires qu'elle exprime en guise de protestation envers son conjoint qui, à son tour, ressent le besoin immédiat de se protéger d'un sentiment primaire d'incompétence et de découragement par la distanciation et la rationalisation, réaction qui, à son tour, accentue la colère chez la conjointe. Ici se reconnaîtront les intervenants à l'aise avec les interventions systémiques/familiales, où l'on assiste à une description détaillée de la genèse, de l'évolution et de l'état final de la dynamique ; l'intervenant cherchera à savoir exactement comment « les choses se passent », qui dit et fait quoi au fur et à mesure que la dynamique suit son cours. À cette étape, l'intervenant, avec l'aide du couple, commence déjà à sonder les émotions primaires qui sous-tendent les prises de position de chacun, tout en les reliant à la réaction de l'autre. Des questions visant à rendre explicite le vécu de chacun (p. ex., « Comment vous sentez-vous lorsqu'elle se met en colère ? ») contribueront à cette visée. À cette étape de la démarche thérapeutique, les émotions exprimées resteront plutôt vagues et peu détaillées.

Bien que l'EFT soit une thérapie qui prend le vécu présent comme point de mire, l'intervenant voudra cerner certains éléments liés à l'historique de la relation ; par exemple, comment les partenaires se sont rencontrés, ce qui les attirait l'un envers l'autre et quand les problèmes se sont manifestés. L'intervenant notera les événements importants, tels que les points de transition majeurs (p. ex., naissance d'un enfant, retraite, immigration), les crises et l'héritage culturel. Des questions comme « Qui vous prenait dans ses bras et vous réconfortait quand vous étiez petite ou petit ? » aideront l'intervenant à déterminer le niveau et le type d'attachement que les partenaires ont vécus en bas âge. Finalement, l'intervenant voudra connaître les attentes de chacun des partenaires en leur demandant ce qu'ils espèrent retirer de la thérapie et quels changements ils souhaitent apporter à leur relation.

On amorcera la démarche thérapeutique par une ou deux séances conjointes suivies d'une séance individuelle avec chaque partenaire. Ces séances individuelles favorisent le renforcement de l'alliance thérapeutique et offrent à chaque partenaire

l'occasion de faire valoir sa perception de l'autre et de la relation. En outre, ces séances permettent de vérifier s'il y a, ou s'il y a eu, violence conjugale ou si un partenaire aurait déjà été victime d'abus physique ou sexuel. Si le partenaire dévoile des éléments importants qu'il ou elle n'a jamais partagés avec l'autre, on l'encouragera à le faire lors d'une séance ultérieure. Mais que faire si un partenaire ne souhaite pas révéler un secret à l'autre ? Le rôle de l'intervenant en EFT est de permettre aux partenaires d'atteindre leurs buts. Il est donc important de clarifier les choix qui s'offrent à eux. L'intervenant encouragera la divulgation du secret à l'autre partenaire, en soulignant les dilemmes et les difficultés qu'engendra la préservation du secret. Celui-ci peut nuire à l'atteinte des objectifs, entraver la restauration de la confiance et avoir des conséquences néfastes pour la relation. En conséquence, l'intervenant peut signifier au partenaire qu'il n'est pas certain de pouvoir aider le couple si le secret n'est pas dévoilé. L'intervenant offre au partenaire de l'aider à dévoiler le secret dans le cadre de la thérapie.

C'est à ce moment que l'intervenant proposera une entente de traitement thérapeutique dans laquelle on expliquera le but, la durée probable et les enjeux de la démarche. On dira clairement qu'on vise la transformation de la dynamique interrelationnelle pour établir une nouvelle relation de sécurité, de soutien et de confiance. Alors qu'on peut normalement prévoir une durée du traitement de 8 à 15 séances d'environ 60 à 75 minutes, lorsqu'un des partenaires présente des signes d'un autre trouble psychologique, comme un état de stress posttraumatique, on peut se voir dans l'obligation d'augmenter significativement le nombre de séances (Johnson, 2002). Dans de telles circonstances, il est difficile de prédire le nombre de séances supplémentaires qui seront nécessaires pour assurer le succès de la thérapie. L'élément déterminant sera le degré de confiance et de vulnérabilité que pourront manifester les conjoints l'un envers l'autre. Certaines personnes traumatisées hésiteront longuement avant de délaisser les défenses qui permettraient d'accéder à une plus grande intimité.

Comme dans la plupart des approches humanistes, l'intervenant en EFT adopte une attitude de collaboration et d'ouverture auprès du couple, favorisant la participation active des partenaires au sein d'une démarche qui les valorise d'ores et déjà comme les premiers experts de leur propre vécu émotif. En effet, l'intervenant doit souvent troquer son rôle d'expert-conseil sur la dynamique interrelationnelle contre celui d'un apprenti prêt à se faire corriger et à apprendre sur le vécu particulier et unique de chaque couple. En ce sens, l'intervenant en EFT voudra être transparent par rapport au processus de changement et expliquera, au besoin, comment et pourquoi on intervient de telle façon, tout en vérifiant si cela convient au couple. Par exemple, si un couple désire ranimer la passion dans sa relation, on proposera des buts intermédiaires, en indiquant que les partenaires auront tout d'abord à désintensifier leurs interactions négatives et en faisant valoir que cette démarche pourra favoriser davantage l'atteinte de l'objectif exprimé.

5. LES CONTRE-INDICATIONS

Dans le processus de l'EFT, les partenaires sont invités à exprimer leurs émotions et leurs besoins d'attachement non avoués, créant ainsi un état de vulnérabilité. Par exemple, on pourrait demander à la conjointe de s'exprimer : « Lorsque tu te fâches, j'ai tellement peur de te perdre, que tu me quittes, que j'en tremble. » Cette forme de thérapie est donc contre-indiquée lorsque cette manifestation de vulnérabilité d'un partenaire risque de ne pas être comprise et acceptée de manière empathique par l'autre partenaire. La présence de violence conjugale physique en est un exemple ; elle nécessite de diriger le partenaire violent vers un programme de traitement spécialisé en violence conjugale. L'EFT ne peut être entreprise que lorsque cette autre forme d'intervention est terminée et que la personne victime de violence affirme se sentir en sécurité dans la relation. Outre la violence physique, la violence émotionnelle constitue une situation qui peut rendre l'expression de la vulnérabilité non sécuritaire pour les partenaires. La question de la violence conjugale est abordée dans une section ultérieure. Enfin, l'EFT vise à promouvoir la création d'une dynamique interrelationnelle renouvelée, caractérisée par un attachement sécurisant chez des partenaires qui désirent le mieux-être de leur relation. Chez les partenaires qui rapportent de l'infidélité ou qui vivent séparés, cet objectif risque d'être très difficile, voire impossible, à atteindre. Il s'agit alors de présenter ce point de vue aux partenaires et de les aider à clarifier leurs besoins et objectifs.

6. LES FACTEURS QUI PRÉDISENT LE SUCCÈS

Les travaux empiriques réalisés sur l'EFT (Denton, Burleson, Clark, Rodriguez et Hobbs, 2000 ; Johnson et Talitman, 1997) ont servi à établir les facteurs associés au succès de cette forme de thérapie. Corroborant les découvertes portant sur diverses formes de psychothérapie, la qualité de l'alliance thérapeutique est l'une de ces dimensions. En outre, dans l'EFT, une alliance favorable prédit davantage le succès thérapeutique que le niveau initial de détresse. Résultat étonnant, puisque le niveau initial de détresse est généralement de loin le meilleur prédicteur du succès à long terme de la thérapie de couple (Whisman et Jacobson, 1990). Ainsi, le niveau initial de détresse que présente le couple ne doit pas décourager l'intervenant en EFT. Celui-ci a plutôt avantage à considérer le degré d'engagement des partenaires à l'égard du processus thérapeutique, leur volonté à créer un lien de collaboration avec lui, de s'investir dans le processus thérapeutique. À l'intérieur de cette alliance, la pertinence que perçoit le client du travail réalisé en thérapie ressort comme l'aspect le plus important, et même encore plus central qu'une relation positive avec l'intervenant ou qu'un sentiment de partager des objectifs avec ce dernier. Ainsi, un aspect crucial pour le succès thérapeutique semble être la capacité du couple à s'unir avec l'intervenant afin de former une alliance basée sur la collaboration, de même qu'à considérer les tâches de l'EFT – tâches qui mettent l'accent sur la sécurité, la confiance et l'intimité – comme pertinentes à l'atteinte de leurs buts thérapeutiques. Il va sans dire que l'habileté du thérapeute à présenter ces tâches

aux partenaires et à établir une alliance avec eux est une composante non négligeable de la thérapie. Cela concorde avec d'autres recherches confirmant que la participation du client à la thérapie est le plus grand déterminant de son succès (Orlinsky, Grawe et Parks, 1994). En général, la recherche indique que l'EFT fonctionne mieux lorsque les partenaires s'investissent émotionnellement dans leur relation et sont en mesure d'examiner leurs problèmes sous l'angle d'un attachement non sécurisant et de conflits concernant l'intimité et la distance émotionnelle. La préoccupation première du thérapeute est donc de former et de maintenir une forte alliance avec chaque partenaire. S'il s'avère qu'un ou l'autre des partenaires n'est pas engagé, il s'agit de rendre ce désengagement explicite, de le légitimer, d'en préciser les conséquences sur le couple et sur le cours de la thérapie, et d'encourager le partenaire désengagé à explorer cette prise de position. Ce réengagement, qui risque de s'étendre sur plusieurs séances, devient un but thérapeutique en soi. Devant un refus catégorique de réengagement, on doit adresser cette impasse et éventuellement terminer la thérapie en soulignant l'impossibilité de progresser plus loin.

La difficulté, pour les partenaires, à s'exprimer ou à prendre conscience de leur expérience émotionnelle ne semble pas constituer un obstacle important au processus de changement dans l'EFT. Au contraire, cette thérapie serait particulièrement efficace auprès des hommes décrits par leur partenaire comme étant peu expressifs. Cela peut s'expliquer par le fait que lorsque ces hommes développent la capacité de découvrir et d'exprimer leurs émotions, ils en retirent des résultats positifs pour eux-mêmes et pour leur partenaire. Comme le suggèrent certaines écrivaines féministes, il est souvent possible de défier les rôles sexuels typiques et d'envisager que les besoins émotionnels soient les mêmes pour les deux sexes (Knudson-Martin et Mahoney, 1999), particulièrement dans un environnement sécuritaire et validant. Les interventions de l'EFT semblent bénéfiques pour la relation dite traditionnelle, constituée d'un homme assez indépendant et peu expressif et d'une femme à la recherche d'affiliation. Certains résultats de recherche laissent supposer que l'EFT est davantage efficace chez les hommes de plus de 35 ans, susceptibles d'être plus réceptifs à une approche favorisant l'intimité et le développement d'un attachement sécurisant.

Il est aussi démontré que le degré de confiance de la partenaire féminine, et tout particulièrement le sentiment de savoir que son partenaire s'intéresse encore à elle, est une autre dimension liée au succès de l'EFT. Dans la culture occidentale, les femmes ont traditionnellement été responsables du maintien de liens solides entre les membres de la famille. Si la femme ne croit plus en l'intérêt de son partenaire envers elle, la relation peut être définie comme non viable, ce qui pourra ébranler l'investissement émotionnel nécessaire au changement. Cela corrobore les preuves que le désengagement émotionnel, plutôt que des facteurs comme l'inhabileté à résoudre les conflits, prédit la détresse conjugale à long terme et l'instabilité (Gottman, 1994) de même que le manque de succès dans la thérapie de couple en général (Jacobson et Addis, 1993). Une confiance peu élevée peut se révéler un indicateur d'un mauvais pronostic dans diverses formes

de thérapie de couple. Les résultats de l'EFT sont indépendants de l'âge, du niveau d'éducation, du salaire, de la durée du mariage, des aptitudes cognitives ou des croyances religieuses des partenaires (Denton *et al.*, 2000).

7. LA CRÉATION DE L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET L'ENGAGEMENT DANS LE TRAITEMENT

Dès le début du processus thérapeutique, l'intervenant en EFT valide les expériences émotionnelles de chaque partenaire et introduit celles-ci dans la dynamique interactionnelle dysfonctionnelle. Cette validation permet non seulement d'orienter l'évaluation de la relation et d'encourager le partage, mais favorise immédiatement l'établissement d'une alliance forte. En se concentrant sur la dynamique interactionnelle dysfonctionnelle, l'intervenant laisse entendre aux conjoints qu'ils sont à la fois les auteurs et les victimes de cette dynamique et, par le fait même, il attribue à chacun la responsabilité de la situation sans le blâmer. Cela favorise l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant chez les partenaires et l'accroissement du sentiment de confiance dans le processus thérapeutique. La dynamique interactionnelle dysfonctionnelle devient l'ennemi commun du couple, et les batailles visant à trancher qui est « le méchant » et qui est « le saint » diminuent graduellement.

À l'intérieur de l'EFT, l'évaluation et la création de l'alliance de collaboration vont de pair avec le traitement. À la fin de la première séance, l'intervenant en EFT a normalement cerné une conception précise de la danse interrelationnelle problématique. Il peut alors résumer le point de vue d'une personne, par exemple : « Je me sens seule et enragée, alors je m'en prends à toi. De ton côté, tu as l'impression que tu ne pourras jamais me plaire et tu prends tes distances. J'augmente alors mes critiques. En conséquence, tu m'ignores pendant quelques jours et après, ça recommence. »

Une composante de l'évaluation consiste en la recherche active et la validation des forces de la relation. Par exemple, un intervenant demande à un conjoint d'exprimer ce qu'il ressent lorsque sa conjointe pleure. Le conjoint répond froidement qu'il ne ressent pas d'empathie. L'intervenant lui fait alors remarquer que, lorsqu'il n'est pas l'instigateur de la tristesse de sa conjointe, il peut fournir une réponse empathique, lui offrir un mouchoir et s'informer de ses sentiments. Par l'observation des interactions entre les partenaires, l'intervenant amorce la formulation d'hypothèses sur les émotions clés et les définitions de soi et de l'autre qui ont cours de façon implicite dans la dynamique interrelationnelle. En raison de son rôle actif au sein de la relation de couple, l'intervenant est en mesure d'évaluer la capacité d'intégration des partenaires au processus thérapeutique.

La formation de l'alliance dans l'EFT prend racine dans le savoir-faire des thérapies humanistes/expérientielles (Greenberg, Watson et Lietaer, 1998 ; Rogers, 1951). L'intervenant en EFT se concentre sur l'accord, l'acceptation et l'honnêteté empathique.

Les thérapies humanistes estiment que l'intervenant ne devrait pas se cacher derrière le masque du professionnalisme, mais plutôt tenter d'être non défensif, entièrement présent et authentique. L'alliance doit toujours être présente et palpable, et toutes les brisures potentielles de celle-ci devront être réparées avant de poursuivre la thérapie. L'alliance fait figure d'attachement comme base sécurisante qui permet l'exploration et la reformulation d'expériences émotionnelles et l'engagement dans des situations potentiellement menaçantes. L'intervenant en EFT a tendance à reconnaître la dynamique interrelationnelle négative plutôt que la personne elle-même comme le problème. Cela aide à bâtir l'alliance. Dans l'EFT, l'intervenant est encouragé, s'il devient frustré, s'il blâme ou catégorise les clients, à exprimer son incompréhension par rapport à un aspect du comportement des clients et à demander leur aide afin de pouvoir être connecté à leurs expériences. L'intervenant adopte volontiers une position de confiance en l'habileté du client à s'épanouir et à changer, mais il laisse également celui-ci déterminer le but, la vitesse et la forme de ce changement. Donc, si l'intervenant suggère à l'un des partenaires de se confier à l'autre plutôt qu'à lui à un moment particulier et que ce partenaire refuse, il respectera cette décision. Par contre, l'intervenant encouragera alors ce partenaire à partager avec l'autre sa difficulté à lui révéler certaines informations délicates à ce moment. L'intervenant fournit un cadre à la thérapie, mais ce sont les clients qui peignent le tableau de leur relation.

8. LES INTERVENTIONS CENTRALES

Une fois que l'alliance de collaboration est établie, l'intervenant en EFT s'applique à instaurer deux types d'interventions : 1) l'exploration et la reformulation des expériences émotionnelles ; 2) la restructuration de la dynamique interrelationnelle. Chaque type d'intervention a un but ou une fonction principale au sein de la thérapie. Par exemple, les interventions peuvent viser le maintien de l'alliance thérapeutique ou la prise de conscience élargie d'un sentiment et d'une émotion.

Dans un grand nombre d'interventions en EFT, il y a un élément de recadrage positif visant à encourager le développement d'une vision positive d'autrui. Ce recadrage positif est tributaire de la prise de position de l'EFT émanant, d'une part, des approches humanistes qui préconisent une tendance fondamentale actualisante vers la croissance et le bien-être et, d'autre part, de la théorie de l'attachement, qui préconise comme primordiaux les besoins interrelationnels. À la lumière de l'EFT, même les comportements les plus inusités sont interprétés comme des tentatives, souvent inefficaces, de rapprochement vers l'intimité et le bien-être conjugal.

8.1. Les interventions visant à explorer et à reformuler l'émotion

Dans l'EFT, on fait appel aux interventions suivantes pour explorer et reformuler les émotions.

A. Refléter l'expérience émotionnelle

Exemple :

« Pourriez-vous m'aider à comprendre ? Je crois que vous dites que vous devenez si déprimé, si découragé dans ces situations que vous vous trouvez à vouloir prendre le contrôle de tout, parce que le sentiment d'être découragé est tellement envahissant. Est-ce bien cela ? Et vous commencez à faire des reproches à votre femme. Est-ce que je comprends bien ? »

Fonctions centrales :

Se concentrer sur le processus de la thérapie ; construire et maintenir l'alliance ; clarifier les réponses émotionnelles sous-jacentes aux prises de position interactionnelles.

B. Valider l'expérience de chaque partenaire

Exemple :

« Vous vous sentez si désemparé que vous ne pouvez pas vous reposer. Lorsque vous êtes si démoralisé, vous ne pouvez même pas vous relâcher. Est-ce bien cela ? »

Fonctions centrales :

Légitimer les réponses et encourager les clients à continuer l'exploration, à savoir comment ils construisent leurs expériences et leurs interactions ; construire l'alliance.

C. Réponses évocatrices : refléter et questionner

Rendre plus explicites, par des questions ouvertes, les stimuli, les réponses physiologiques des partenaires, les désirs qui leur sont associés et la signification ou la tendance à l'action.

Exemples :

« Qu'est-ce qui vous arrive en ce moment, lorsque vous dites cela ? » ; « Comment vivez-vous cela ? » ; « Lorsque cela arrive, une partie de vous désire-t-elle s'enfuir ? »

Fonctions centrales :

Rendre plus explicites les éléments de l'expérience afin de promouvoir la réorganisation de celle-ci ; formuler des éléments incertains et marginalisés de l'expérience et encourager l'exploration et l'engagement.

D. Rehausser les réponses émotionnelles et les positions interactionnelles

Utiliser des répétitions, images, métaphores ou mises en jeu.

Exemples :

« Pourriez-vous lui dire cela, directement à elle, que vous la critiquez ? » ; « Il semble que cela soit très difficile pour vous, comme d'escalader une montagne, c'est très épeurant » ; « Pouvez-vous vous tourner vers lui et lui dire "C'est trop difficile à demander. C'est trop difficile à demander que tu me tiennes la main" ? »

Fonctions centrales :

Souligner les expériences clés responsables des réponses envers le partenaire et les nouvelles formulations des expériences qui vont réorganiser la dynamique interrelationnelle.

E. Émettre des suppositions de manière empathique ou proposer une interprétation

Exemple :

« Vous ne croyez pas que quelqu'un puisse voir cette partie de vous et vous accepter quand même, est-ce bien cela ? Donc vous n'avez pas le choix, vous devez vous cacher ? »

Fonctions centrales :

Clarifier et formuler de nouvelles interprétations, particulièrement sur les positions interactionnelles et les définitions de soi.

Ces interventions sont analysées de façon plus détaillée dans Johnson (1996), y compris les marqueurs ou signaux spécifiant le moment où celles-ci sont utilisées et la description des processus dans lesquels les partenaires s'engagent comme des résultats de chaque intervention (Johnson, 1996).

8.2. Les interventions visant la restructuration

Les interventions suivantes sont utilisées dans l'EFT pour la tâche de restructuration.

A. Suivre, refléter et rejouer les interactions

Exemple :

« Qu'est-ce qui vient juste de se passer ? Il semble que vous vous soyez éloignée de votre colère pour un instant et ayez fait appel à lui. Est-ce correct ? Mais, Jim, vous ne portiez attention qu'à la colère et vous êtes donc resté caché derrière votre barricade, oui ? »

Fonctions centrales :

Ralentir et clarifier les pas de la dynamique interrelationnelle ; rejouer les séquences interactionnelles clés.

B. Recadrer dans le contexte du cycle et du processus d'attachement

Exemple :

« Vous paralysez parce que vous vous sentez sur le bord de la perdre, est-ce bien cela ? Vous "gelez" parce qu'elle est tellement importante pour vous, et non parce que vous vous en souciez peu. »

Fonctions centrales :

Modifier la signification des réponses spécifiques et favoriser l'adoption de perceptions positives de l'expérience du partenaire.

C. Restructurer et former les interactions

Mettre en jeu les positions présentes et les nouveaux comportements basés sur les nouvelles réponses émotionnelles et « chorégraphier » les événements clés de changement.

Exemples :

« Pouvez-vous lui dire : "Je vais t'ignorer, tu n'auras pas la chance de me ravager encore une fois" ? » ; « C'est la première fois que vous mentionnez cette honte. Pourriez-vous lui parler de cette honte ? » ; « Pouvez-vous lui demander s'il vous plaît ? Pouvez-vous lui demander ce dont vous avez besoin en ce moment ? »

Fonctions centrales :

Clarifier et rendre plus explicites les dynamiques interrelationnelles négatives ; créer de nouveaux dialogues et de nouveaux pas dans l'interaction qui, à leur tour, peuvent entraîner des dynamiques *interrelationnelles* positives d'accessibilité et de sensibilité.

L'intervenant en EFT utilise également des techniques précises lors des impasses dans le processus de changement.

9. LES INTERVENTIONS EN PRÉSENCE D'IMPASSES

Il est très rare que l'intervenant en EFT ne soit pas en mesure d'aider un couple à atténuer la dynamique ou d'encourager une participation plus vive du partenaire retiré. C'est au stade II que le processus de changement semble le plus souvent se buter à des difficultés. Cela se concrétise particulièrement lorsque l'intervenant, dans le but de promouvoir des interactions positives et un lien sécurisant, demande au conjoint qui blâme l'autre de prendre plus de risques avec son partenaire. Souvent, si l'intervenant admet qu'il est difficile d'apprendre à faire confiance et qu'il reste optimiste et engagé à combattre le retour temporaire de la détresse dans le couple, ce dernier continuera d'évoluer.

L'intervenant peut aussi privilégier des séances individuelles avec chaque partenaire afin d'explorer l'impasse et d'apaiser les angoisses associées aux nouveaux degrés d'engagement émotionnel. Afin de maintenir l'alliance thérapeutique avec chacun des partenaires et d'éviter qu'un d'eux soit perçu comme le patient identifié, il sera important pour l'intervenant de recadrer l'impasse dans le contexte de la dynamique interrelationnelle et de viser un nombre égal de séances individuelles pour chaque partenaire. L'intervenant peut également peindre une image frappante de l'évolution du couple et de son statut actuel tout en invitant les partenaires à « réclamer » ou « revendiquer » leur relation de la dynamique interrelationnelle négative, en les incitant à s'engager dans un processus qui les libérera de celle-ci et qui instaurera une dynamique interrelationnelle positive. Cela peut faire partie d'un processus général de mise en jeu des impasses. Un partenaire qui sait décrire sa position stagnante dans la dynamique interrelationnelle sentira plus fortement l'effet contraignant de cette position. Par exemple, un partenaire disant tristement à son conjoint « Je ne peux jamais m'ouvrir à toi. Si je le fais… » commence déjà à remettre en question cette prise de position. L'autre peut alors répondre de façon plus rassurante, ce qui permettra alors au premier de faire un pas de plus vers la confiance.

Si des émotions très fortes empêchent l'intervention, l'intervenant peut suggérer des images et raconter des allégories archétypales (ou métaphores représentatives) qui relatent de façon très imagée le dilemme du partenaire plus restreint dans sa capacité d'expression émotive. Dans l'EFT, ces allégories *(disquisitions)* reflètent les processus interactionnels du couple, mais avec un certain niveau de détachement (Millikin et Johnson, 2000 ; Johnson, 1996), ce qui les rend moins menaçantes et donc plus susceptibles d'être adoptées comme illustration de leur propre dilemme. Il s'agit d'une intervention indirecte (*hands-off*) qui offre au couple une image claire et standardisée sans toutefois exiger de réponse dans l'immédiat.

Exemple d'une allégorie archétypale ou d'une métaphore représentative :

Vignette clinique

Intervenant : Il y a quelque chose ici qui me fait penser à un autre couple avec qui j'ai travaillé, peut-être que ça ne s'applique pas à votre situation, ce n'est peut-être pas du tout semblable, mais pour ce couple, la conjointe la plus active se rendait au point où elle voulait que l'autre souffre aussi. Elle désirait tellement avoir un impact sur lui, avoir au moins un effet sur cette personne qui semblait étanche et hermétique, qu'elle finissait par le marteler continuellement, juste pour s'assurer qu'elle n'était pas ignorée ou laissée pour compte. L'autre conjoint avait l'impression d'être attaqué, sans relâche et de façon effrénée, et se creusait une tranchée de plus en plus profonde, pour s'arc-bouter, pour accroître sa position défensive. Un genre de « tu

> ne m'auras pas», mais ça devenait un peu épuisant de toujours être aux aguets, à anticiper la prochaine fusillade pour l'éviter, toujours prêt à courir et à fuir. Ça devenait une sorte d'enfer pour les deux, mais chacun était tellement pris dans sa position, jamais elle ne cessait ses attaques, jamais il n'abaissait ses défenses... et le plus triste est qu'ils sont restés pris dans cette dynamique pendant des années, voire pendant toute leur vie... jusqu'au moment où elle a appris qu'elle était atteinte du cancer.

La recherche sur le processus de changement dans l'EFT a permis de cerner un événement particulier qui risque de bloquer l'établissement d'un nouveau lien sécurisant, qu'on nomme «blessure d'attachement» (Johnson et Whiffen, 1999). Certains théoriciens de l'attachement font remarquer que, lors d'une crise ou d'une situation urgente, la façon de répondre du partenaire peut avoir un effet marquant, voire disproportionné, sur la qualité de l'attachement (Simpson et Rholes, 1994). De tels incidents viennent confirmer ou infirmer les suppositions faites sur le lien d'attachement et sur la fiabilité du partenaire. Ces situations d'attachement négatif, où le partenaire se sent abandonné, trompé ou trahi, surviennent lors d'événements critiques tels une perte, un danger physique ou une période de grande incertitude ; peuvent être vues comme des «traumatismes relationnels» (Johnson, Makinen et Millikin, 2001) et causent souvent des torts considérables à la relation. Au cours de la thérapie, ces incidents refont souvent surface de façon très vive – tout comme les *flash-back* de traumatismes – et envahissent le vécu actuel du partenaire blessé. Lorsque l'autre partenaire ne répond pas de façon rassurante et réparatrice, ou lorsque le partenaire blessé n'est pas en mesure d'accepter cette réponse, la blessure s'aggrave et s'ancre dans la dynamique interrelationnelle. Au fur et à mesure que les partenaires vivent des échecs dans leurs efforts à surmonter ces blessures et à réparer les liens brisés entre eux, leur aliénation et leur désespoir augmentent. Par exemple, lorsque sa femme a subi une fausse-couche et qu'il s'est aperçu qu'elle perdait du sang et qu'elle tremblait, le mari s'est mis en mode automate, a pris le contrôle de la situation et l'a accompagnée en silence jusqu'à l'hôpital. Profondément perturbé, il s'est maîtrisé pour ne pas aggraver la détresse de sa conjointe, refusant toujours de discuter de l'événement. De son côté, elle s'est sentie profondément trahie et abandonnée par son refus d'en parler, le croyant insensible et endurci devant sa propre détresse. Cette perception de trahison était à la source d'une profonde méfiance, et elle restait incapable de se rapprocher de son mari. Une telle blessure risque de s'instaurer au centre du dialogue du couple et de miner la mise en place de nouvelles dynamiques positives.

On a nommé la théorie de l'attachement la «théorie du trauma» (Atkinson, 1997) en raison de l'accent qu'elle met sur le niveau extrême de désarroi émotionnel associé à l'isolation et à la séparation, particulièrement lors des situations de grande

vulnérabilité. Ce cadre théorique explique comment certains évènements douloureux deviennent le pivot d'une relation ; il clarifie la compréhension de l'intervenant des éléments clés d'un tel événement, ainsi que leur effet sur la relation, tout en fournissant des pistes de solution pour dénouer l'impasse liée à ces événements.

Notre compréhension actuelle de la résolution de ces blessures est la suivante. Dans un premier temps, l'intervenant aide le partenaire blessé à rester en contact avec les émotions douloureuses qui sont associées à la blessure et il facilite l'expression de leur impact et de leur signification d'attachement. À ce stade initial, de nouvelles émotions peuvent surgir, telle la colère, qui évolue en expression claire de douleur et d'impuissance, ou de peur et de honte. Le lien entre cette blessure et la dynamique interrelationnelle négative devient alors explicite. Par exemple, une partenaire peut dire : « Je me sens si impuissante. Je l'ai frappé pour lui montrer clairement qu'il ne pouvait faire semblant que je n'étais pas là. Il ne pouvait pas simplement ignorer ma douleur comme cela. Depuis ce temps-là, je ne lui ai jamais plus fait confiance. »

Dans un deuxième temps, l'autre partenaire commence à comprendre la signification de la blessure à l'égard de l'attachement comme un reflet de l'importance qu'elle a pour le partenaire blessé plutôt que comme le reflet de sa propre insensibilité et de son comportement inadéquat. Ce partenaire reconnaît alors la douleur et la souffrance du partenaire blessé et s'explique sur sa version de l'événement.

Troisièmement, le partenaire blessé tente de s'approprier une définition plus complète et intégrée de la blessure ; il exprime son chagrin par rapport à la perte que cette blessure a provoquée et sa peur devant la perte du lien d'attachement. Ce partenaire permet à l'autre d'être témoin de sa vulnérabilité.

Quatrièmement, l'autre partenaire devient plus engagé émotionnellement ; il reconnaît sa part de responsabilité dans la blessure d'attachement et exprime son empathie, ses regrets ou ses remords à son partenaire blessé.

Cinquièmement, le partenaire blessé se risque à demander réconfort et affection auprès de son conjoint, ce qui n'a pas eu lieu lors de l'événement blessant. Une réponse consolante et affectueuse agira comme antidote à la blessure d'attachement.

Sixièmement, les partenaires sont en mesure d'élaborer ensemble une nouvelle narration de l'événement. Cette narration plus ordonnée et complète comprend, pour le partenaire blessé, une description claire et satisfaisante de l'expérience et des motifs de l'autre lors de l'événement en question.

Lorsque la blessure d'attachement se sera résorbée, l'intervenant sera plus en mesure d'encourager la confiance envers l'autre et d'entamer la mise en place d'une dynamique interrelationnelle positive.

10. LES MÉCANISMES DE CHANGEMENT

Dans l'EFT, le changement est perçu autrement que comme une progression de la perspicacité cognitive, de la capacité de résoudre des problèmes, des habiletés en négociation ou des processus de catharsis ou de ventilation. L'intervenant en EFT amène chaque partenaire jusqu'aux limites de son expérience et tente de l'élargir par l'inclusion d'éléments marginalisés ou très peu synthétisés, ce qui permet de donner un nouveau sens à celle-ci. Lorsque l'expérience de rapprochement de chaque conjoint prend une couleur et une forme nouvelles, les partenaires peuvent alors se mouvoir différemment dans la danse relationnelle. Par exemple, l'expérience d'être « au bout du rouleau » ou irrité se transforme en état d'anxiété ou d'angoisse. L'expression à l'autre de cette angoisse modulera le sentiment d'appartenance à celui-ci, ce qui se traduira dans la communication entre les partenaires et permettra d'évoquer de nouvelles réponses chez l'autre. Ainsi, le partenaire irrité est en contact plus étroit avec ses propres sentiments de peur et de solitude ; cela le motive à chercher réconfort auprès de l'autre. Les partenaires vivent et expriment leurs propres expériences de façons inédites, ce qui encourage de nouveaux échanges et de nouvelles formes d'engagement avec l'autre. L'expérience est reconstruite, tout comme la dynamique interrelationnelle.

D'autres auteurs se sont penchés sur la recherche touchant aux processus de changement en EFT (Johnson, Hunsley, Greenberg et Schlinder, 1999). En général, on rapporte que, dans les séances les plus réussies, les couples vivent leurs expériences plus intensément et sont davantage capables d'exprimer et de ressentir leurs sentiments d'affiliation. Bien que la désintensification de la dynamique interactionnelle négative et le réengagement du partenaire retiré soient souvent observés en EFT, l'événement clé de changement le plus déterminant, selon la recherche, est le relâchement émotionnel. Un relâchement émotionnel chez le partenaire hostile implique une requête de réassurance, de réconfort ou d'un autre besoin d'attachement. Lorsque l'autre partenaire, maintenant accessible, répond à cette requête, les deux partenaires sont mutuellement réceptifs, et des liens d'interaction sécurisante peuvent s'établir. On peut trouver des exemples de ces événements dans les écrits sur l'EFT (p. ex., Johnson et Greenberg, 1995). Voici un résumé de la progression d'un relâchement émotionnel chez un partenaire.

« Je deviens si tendu, vous savez. Et je suis convaincu qu'elle est ma rivale. J'en suis pris de panique. Et ça me met tellement en colère. Qu'est-ce que je peux faire ? Je ne la sens pas là pour moi. C'est épeurant d'avoir si peu de contrôle. Je ne peux pas demander ce dont j'ai besoin. Je n'ose pas. Je n'ai jamais été capable de faire cela. Je me sentirais pathétique. Elle n'aimerait pas cela. Elle se sauverait. Ce serait horrible pour moi. *(La partenaire le rassure et l'invite à continuer.)* C'est épeurant. Je me sens très petit en ce moment. J'aimerais vraiment… bien, je crois (*à l'autre*)… j'ai besoin que tu me prennes dans tes bras. Pourrais-tu juste me montrer que tu te soucies de moi, que tu vois que je suis blessé ? »

Il existe plusieurs niveaux de changement dans le relâchement émotionnel. Les plus perceptibles sont les suivants.

- L'expérience vécue s'étend et s'approfondit en donnant accès à des émotions inédites comme la peur d'abandon et le désir de contact et de réconfort. Ces émotions rendent plus clairs les besoins relationnels.
- Un niveau d'engagement différent et plus profond du partenaire voit le jour. L'expression de la peur fait contrepoids à celle de la colère. Le partenaire, dans l'exemple ci-dessus, exprime plus clairement ses besoins émotionnels, ce qui évoque de nouvelles réponses/actions chez l'autre. On assiste alors à une transformation de la dynamique interactionnelle.
- Le relâchement émotionnel permet au partenaire d'avoir une nouvelle perception de son conjoint. La femme, dans l'exemple ci-dessus, voit son conjoint sous un autre jour, c'est-à-dire craintif plutôt que dangereux, et cette expression de vulnérabilité l'incite à se rapprocher plutôt que de fuir ou d'attaquer.
- Une nouvelle dynamique est initiée. Dans cet exemple, il tend la main et elle le réconforte. Cette nouvelle interaction sert d'antidote aux interactions négatives et redéfinit la relation comme un lien d'attachement sécurisant.
- Un événement critique de ré-attachement survient, ce qui fait place à la communication ouverte, à la résolution flexible de problèmes et à la capacité de faire face aux défis de la vie quotidienne. Les partenaires règlent des conflits et problèmes et consolident leurs habiletés à gérer leur vie et leur relation (troisième étape de l'EFT).
- Un changement dans le sens du soi de chaque partenaire devient manifeste. Les deux partenaires sont aptes à se réconforter et à se laisser être réconfortés. Ils se perçoivent comme des êtres aimants, autorisés à montrer de l'affection dans leurs interactions et en mesure de redéfinir et reconstituer leur relation.

Pour qu'un thérapeute soit apte à guider un couple dans la direction d'un tel accomplissement et à aider les partenaires à l'atteindre, ceux-ci doivent être prêts à s'engager émotionnellement. Le thérapeute doit apprendre à faire confiance au processus (la force inhérente des besoins et des comportements d'attachement) et à l'habileté des clients à reconfigurer leurs réalités émotionnelles lorsqu'ils bénéficient d'une base sécurisante en thérapie. Malgré cela, ce ne sont pas tous les couples qui sont en mesure d'accomplir un relâchement émotionnel. Certains vont améliorer leur relation, réduire l'intensité de la dynamique interrelationnelle négative, atteindre un peu plus d'engagement émotionnel et décider de s'arrêter là. Le modèle suggère que, même si un tel progrès est valide et significatif, ces couples seront plus vulnérables à subir une rechute.

11. LA FIN DE LA THÉRAPIE

Lors du troisième stade du traitement, l'intervenant est moins directif ; les partenaires commencent eux-mêmes le processus de consolidation de leurs nouvelles positions interactionnelles et collaborent dans la recherche de nouvelles solutions à leurs conflits. L'intervenant met l'accent sur le changement de prise de position de chaque partenaire. Par exemple, il « reformule » un mari passif et retiré en un être puissant et apte à aider sa femme aux prises avec ses peurs d'attachement, alors qu'il suggère à la femme qu'elle a besoin de son appui. L'intervenant propose des modèles d'interaction constructifs et aide le couple à verbaliser les changements survenus pendant la thérapie et à comprendre la nature de la nouvelle relation. Il souligne la manière dont le couple s'est sorti de la dynamique interactionnelle problématique et comment il a réussi à créer un rapprochement et un sentiment de sécurité. Les rechutes sont aussi discutées et standardisées. Si des interactions négatives refont surface, elles sont de courte durée et moins alarmantes ; elles sont traitées différemment et elles ont dorénavant moins d'impact sur la définition de la relation. Les buts que les partenaires ont exprimés sont également discutés ainsi que toutes les peurs éprouvées par rapport à la fin des séances thérapeutiques. À cette étape, les partenaires manifestent plus de confiance en leur relation et sont prêts à terminer la thérapie. L'intervenant offre au couple la possibilité de séances futures de rappel, dans le contexte de crises causées par des éléments externes à la relation, plutôt que de leur indiquer qu'ils auront besoin de ces rencontres pour régler les problèmes de la relation elle-même.

12. LA VIOLENCE CONJUGALE

Bien que la violence soit une contre-indication pour l'EFT et pour toutes les autres thérapies de couple en général, la thérapie de couple peut être indiquée si la violence ou l'abus émotionnel sont peu fréquents et sans gravité. On peut aussi y avoir recours si le partenaire violenté n'est pas intimidé, s'il désire entreprendre une thérapie de couple et si le partenaire aux comportements violents se responsabilise en regard de l'abus. L'intervenant discutera alors avec le couple d'un ensemble de procédures de sécurité à suivre si le niveau de stress devient trop élevé dans la relation et s'il augmente le risque de réponses abusives. La position prise par certains auteurs, tel Goldner (1999), selon laquelle la personne aux comportements violents doit être confrontée moralement, mais pas réduite seulement à cet aspect honteux de son comportement abusif, est en accord avec la position de l'EFT. Par exemple, un mari méprisant et contrôlant, devenu obsédé par le poids de sa femme, peut se faire braver par l'intervenant lorsqu'il minimise l'indignation et la douleur de sa femme par rapport à son comportement. Par contre, il est aussi écouté et soutenu lorsqu'il devient apte à parler de son désespoir et de la panique d'attachement qui sous-tend ses critiques hostiles. L'intervenant aide la femme à exprimer sa douleur et son besoin de retrait à l'égard de son mari et il facilite

l'affirmation de ses limites en insistant sur le respect que lui doit ce dernier. Il encourage le mari à confier son sentiment d'impuissance au lieu de maîtriser cet état émotionnel par des comportements de domination envers sa femme.

On incite le couple à cerner les événements déclencheurs qui donnent naissance à l'insécurité de ce mari et qui le portent à initier les comportements abusifs, ainsi que les réponses clés qui favorisent la confiance et l'engagement positif. Plutôt que d'apprendre à contenir sa rage, un tel client est encouragé à exprimer ses souhaits, ses inassouvissements et sa vulnérabilité. Devenu capable d'exprimer son sentiment d'impuissance et son manque de contrôle dans la relation, il devient moins instable et moins dangereux pour sa partenaire. Alors que l'EFT ne vise pas l'affirmation de soi, souvent les clients (comme la femme dans ce couple) deviennent plus affirmatifs. Comment expliquer cela ? La réalité émotionnelle de la femme est acceptée, validée et amplifiée pour la rendre plus tangible. L'intervenant l'aide à dire à son mari qu'elle est épuisée de « se battre pour survivre » et qu'il est en train de devenir « l'ennemi ». Lorsque la femme peut ainsi organiser et articuler sa douleur et sa colère, elle peut plus facilement protester et insister sur son droit de se protéger. Ainsi, elle affirme qu'elle ne comblera pas les attentes de son époux en ce qui concerne son apparence physique ; de son côté, le mari prend conscience que son souci pour l'apparence de sa conjointe touche au besoin de celle-ci d'obtenir l'approbation de son conjoint et, de cette façon, de lui montrer qu'elle l'aime toujours. Ce couple illustre le travail de Dutton (1995), qui avance que le comportement d'abus de plusieurs partenaires aux agissements violents est lié directement à leur inaptitude à créer un attachement sécurisant et au sentiment d'impuissance dans leurs relations importantes.

Après avoir exposé les principes de l'EFT, voyons le cas d'un couple typique en détresse qui s'engage dans le processus de thérapie.

13. PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

13.1. Affronter les nombreux démons vieux de 40 ans

Lise et Jean, un couple dans la soixantaine, sont mariés depuis 40 ans. Ils ont quatre enfants, qui ont tous quitté le foyer pour fonder leur propre famille. Avant de prendre sa retraite voilà plusieurs années, Jean a exercé une profession libérale, alors que Lise s'est occupée des enfants à la maison. Jean a souffert d'abus physiques de la part de son père. Adolescent, il a vécu une dépendance à l'alcool. Il a, au fil des ans, progressivement freiné sa consommation. Pour sa part, Lise vient d'une famille où elle a vécu l'abus psychologique de son père et où la mère était très absente. Elle a souffert de dépression et d'un manque d'estime de soi et a poursuivi un traitement auprès d'un psychiatre. Elle a déjà été hospitalisée pendant un mois pour sa dépression, lors d'une

crise voilà plusieurs années. Le psychiatre était d'avis que les problèmes relationnels freinaient les progrès de Lise et lui avait conseillé d'entreprendre une démarche de thérapie de couple.

Lors des premières séances en thérapie de couple, il devint clair que la dynamique interrelationnelle de base, qui persistait depuis des années, était la suivante : Lise, anxieuse et triste, poursuivait Jean qui affichait une nonchalance et une distance émotionnelle tout en minimisant et en critiquant les tentatives désespérées de sa femme de retrouver auprès de lui réconfort et soutien. L'intervenant a premièrement misé sur l'établissement d'un lien de confiance avec chacun des conjoints, en soulignant l'importance de la victoire de Jean sur sa toxicomanie et en validant la frustration amère de Lise devant l'attitude arrogante de celui-ci et sa manière de « se donner le beau rôle ». Il y avait eu, au cours de leur vie de couple, plusieurs crises, dont deux événements particulièrement marquants. Le premier était la perte de leur résidence, il y a vingt ans, aux mains des créanciers alors qu'ils frôlaient la faillite, le tout à l'insu de Lise. Le deuxième était le décès inattendu, il y a cinq ans, de leur petite-fille, atteinte d'une maladie incurable survenue subitement, et qu'ils avaient gardée à la maison pendant quelques années. Sa mère, leur fille, avait été incapable d'en prendre soin, elle-même aux prises avec la dépression et un mariage en déroute. À la suite du décès, ils s'étaient attardés aux besoins de leur fille et ils n'avaient pu exprimer leur tristesse et leur désarroi, chacun ayant ressenti que l'autre était incapable de l'accueillir.

Lors des séances initiales, l'intervenant a pris comme point de mire, chez Lise, les sentiments envahissants d'abandon et d'impuissance ancrés au fil des ans, où elle avait l'impression de n'avoir eu aucun contrôle et d'avoir reçu si peu d'appuis dans ses responsabilités familiales. Tout comme lors de la perte de la maison, elle se sentait désarmée, piégée, impuissante, seule et sans ressource, ce qu'elle exprimait sous forme de reproches amers à l'endroit de Jean. Pour sa part, Jean restait silencieux, imperturbable ; il ne voyait pas sa propre contribution à la dynamique de détresse de sa relation de couple. Aux questionnements du thérapeute quant à ses impressions sur la relation, il répondait qu'il trouvait exagérées les réactions de Lise, qu'il ne la comprenait pas, qu'il ne croyait pas pouvoir l'aider à résorber ses frustrations ; bref, elle devait s'en sortir par elle-même.

Ce couple affichait une dynamique interrelationnelle typique caractérisée par une suite de plaintes, critiques et reproches, d'une part, enchaînés d'une suite de défenses, distanciations et barricades, d'autre part. Selon des études récentes sur la détresse conjugale (Gottman, 1994), ce modèle d'interaction est en corrélation étroite avec un éventuel divorce. Sur le plan de la théorie de l'attachement, ce modèle rend difficile un engagement émotionnel meublé par des sentiments de soutien et de sécurité relationnels.

À la suite des premières séances, qui ont permis une désintensification des conflits, les conjoints rapportaient se sentir moins tendus et plus optimistes. Toutefois, Lise exprimait son découragement devant l'impression d'avoir « gâché sa vie ». Maintenant que leur couple était dans la soixantaine, elle jugeait qu'il était probablement trop tard pour eux ; les années à venir, même si elles s'avéraient plus heureuses, ne réussiraient jamais à guérir la souffrance des années passées.

13.2. La démarche thérapeutique

L'extrait qui suit illustre la neuvième séance d'EFT, où Jean entame un réengagement émotionnel, ce qui correspond à l'étape 5 de la démarche de l'EFT, qui caractérise aussi le début du stade II. Ici, le réengagement émotionnel du conjoint en retrait (Jean) est suscité, permettant au conjoint en poursuite (Lise) d'être suffisamment rassuré pour risquer à son tour un relâchement émotionnel plus tard dans la démarche. Lors de cette séance, comme dans celles qui l'ont précédée, Lise a su exprimer à quel point elle s'est sentie seule et abandonnée au fil des ans. Jusqu'ici, les interventions n'avaient pas réussi à susciter le réengagement émotionnel chez Jean, qui affirme sèchement qu'elle s'en fait trop. Toutefois, vers la fin de la séance, il se reprend en avouant et en acceptant sa contribution à la détresse de Lise et s'engage sans détour à faire tout ce qu'il peut pour améliorer leur situation. Cette séance marque un point tournant, à la fois pour la démarche thérapeutique et pour Lise, qui a finalement l'impression d'être entendue, ce qui la motive à vouloir donner une autre chance à Jean.

Vignette clinique – Lise et Jean

Intervenant : Alors Lise, dans votre façon d'en parler, j'entends combien ces années ont été difficiles pour vous, à quel point vous vous êtes sentie démunie et laissée pour compte, seule à vous débrouiller avec la famille, à faire face aux incertitudes, à toujours vous demander comment vous alliez vous en tirer, sans pouvoir compter sur personne ni sur Jean qui était aux prises avec d'autres problèmes, c'est ça ? [L'intervenant valide l'expérience, souligne et met de l'avant les émotions primaires d'abandon et de solitude.]

Lise : C'est ça [ton accusateur]. Il n'était jamais là ! Je devais tout faire moi-même ! Plusieurs fois, j'ai cru devenir folle… Ça ne se pouvait pas… pas encore… C'était trop !

Intervenant : Hum ! Vous ne savez pas comment vous avez fait pour faire face à tout ça seule, c'était épeurant d'être toute seule comme ça, un peu engloutie par tout ce qui se passait. [L'intervenant continue à souligner les émotions primaires de solitude et de peur au lieu des émotions secondaires de colère.]

Lise : Épeurant, oui. Je me sentais toujours anxieuse, nerveuse et découragée… Il n'était jamais là… toujours parti, en voyage ou à dépenser… Je ne savais jamais quelle nouvelle catastrophe allait nous tomber dessus… C'était horrible !

Intervenant : Oui, comme si vous ne pouviez jamais vous fier à personne, surtout pas à lui… tellement incertaine, tellement seule… [L'intervenant reflète et accentue les émotions primaires.]

Lise : Oui… [larmes]. Je ne savais jamais quoi faire… c'était trop pour moi… c'était trop pour moi toute seule.

Intervenant : C'était trop pour vous toute seule, c'était trop, personne pour vous soutenir, pour vous appuyer, comme une fillette perdue, personne autour ; « Je ne savais pas quoi faire, c'était trop pour moi, je me sentais tellement impuissante », c'est ça ? [Lise acquiesce.] « Comme envahie et paralysée par la peur. J'avais tellement peur, j'étais toute seule pour tout faire, ne sachant pas comment faire, avec personne pour m'aider ni pour m'encourager. » [L'intervenant poursuit l'accentuation et le déploiement des émotions primaires, dont la peur, l'utilisation du « je » contribuant à cette visée.]

Lise : Oui, j'ai eu tellement peur. Comme lorsque j'ai appris que nous étions sur le bord de la faillite et que nous allions perdre la maison. Mon Dieu, qu'allais-je faire ? Je devais faire quelque chose, mais je ne savais pas quoi. Comment y arriver pour nourrir les enfants ? Pendant combien de temps ? Je n'avais aucune idée de notre condition financière, combien il y avait d'argent dans le compte. C'est lui qui s'en occupait, je n'en avais aucune idée. Impossible de dormir pendant des nuits. [Elle tremble.]

Intervenant : C'est ça, « J'avais si peur, j'en étais submergée, j'étais seule. C'était trop pour moi. » C'est ça ? J'ai l'impression que tout ça a été horrible pour vous, insupportable, au point où vous en trembliez, comme vous tremblez maintenant ? [L'intervenant accentue et reflète les émotions primaires, tout en soulignant les symptômes physiques actuels liés à l'anxiété et à la dépression, ce qui favorise une plus grande prise de conscience de la souffrance de Lise à la lumière de la situation d'attachement. Lise fond en sanglots et pleure un certain temps. Peu à peu, les larmes cessent, et elle devient silencieuse. Pendant ces interventions, Jean est demeuré muet, remuant sur sa chaise à l'occasion.]

Intervenant : Jean, je me demande ce qui se passe en vous lorsque vous entendez Lise décrire à quel point la vie a été difficile pour elle, à quel point elle s'est sentie abandonnée et laissée pour compte, surtout lors des crises. Que se passe-t-il chez vous, à l'intérieur, comment c'est pour vous d'entendre Lise en parler de cette manière ? [L'intervenant fait appel à la question évocatrice.]

Jean : Eh bien ! Comme je l'ai déjà dit, je l'ai entendue souvent en parler et je sais que ça a été difficile pour elle. Je me suis excusé, je lui ai demandé pardon, à maintes reprises. Ça a été difficile d'admettre tous mes torts. [Il baisse la tête.]

Intervenant : Si je comprends bien, le souvenir de ces événements est encore douloureux, même aujourd'hui, mais vous avez réussi à y faire face. Mais Lise éprouve toujours beaucoup de ressentiment, elle en souffre toujours… Que se passe-t-il en dedans de vous lorsque vous constatez sa douleur, quand vous la voyez en souffrir, comme elle en souffre maintenant ? [L'intervenant reflète et valide les émotions primaires ; il revient à la question évocatrice qui accentue, clarifie et articule les aspects vagues et nébuleux, à la frontière de la conscience des émotions primaires de tristesse et de honte.]

Jean : Eh bien ! Je savais que c'était difficile pour elle, mais je ne me doutais pas que ce fût si grave. Je n'étais pas au courant de tout ce qu'elle a vécu, vous savez, comme d'être paralysée et toute seule et tout ça. Chaque fois qu'on s'en est parlé, on ne s'est jamais rendu si loin… [Il détourne le regard.]

Lise [ton ferme] **:** Ça, c'est parce tu te donnes toujours le beau rôle, t'as toujours raison, tu me dis toujours que je dois en revenir… Eh bien ! Je n'en reviens toujours pas, de toute la merde que j'ai eu à vivre… et tu ne me dis jamais rien ! T'es comme une tombe ! [Elle pleure.]

Intervenant [à Lise] **:** C'est ça, vous avez essayé de le rejoindre, de l'atteindre, toujours sans succès. Et vous vous êtes sentie seule, seule avec la peur, avec la paralysie, avec l'impuissance accablante. Et pendant tout ce temps, « il n'y avait personne pour m'aider moi, toujours toute seule », c'est ça ? [Elle approuve encore.] C'est à ces moments que je proteste, pour tenter de lui faire bien comprendre combien c'était insupportable, tout ça… mais sans savoir pourquoi, ça tourne mal, et je me retrouve tout de suite en colère et à lui reprocher ses erreurs.

Intervenant [à Jean] **:** Et j'ai l'impression que, lorsqu'elle commence à vous adresser ses reproches, la meilleure chose à faire c'est de vous retirer, de rester silencieux, de ne rien dire, en espérant qu'elle aura bientôt terminé,

de lui laisser faire ses reproches, d'attendre que l'orage soit passé, comme nous en avons discuté à la dernière séance, c'est ça ? Mais cette fois, si je comprends bien, vous dites que vous ne saviez pas qu'elle avait souffert autant, ai-je raison ? [Jean acquiesce.] Pouvez-vous m'aider à mieux comprendre ce que vous voulez dire ? [L'intervenant accentue et reflète les émotions primaires chez Lise, les résume et les interprète dans le contexte du cycle interrelationnel, évoque le rôle de Jean dans le cycle ; enfin, il fait usage, auprès de Jean, d'une question évocatrice.]

Jean : Eh bien, lorsque j'entends combien ce fut difficile pour elle… je ne me sens pas très bien. J'ai l'impression de ne pas en avoir fait assez pour défaire tout le tort que j'ai causé. Je sais qu'elle en a fait tellement pour moi, pour nous… ce que je veux dire, c'est que, sans elle, on ne serait plus un couple, la famille serait éclatée… si elle avait décidé de partir, je ne sais plus où j'en serais, sûrement que j'aurais trouvé ça épouvantable, je ne sais plus… [Jean est immobile, les larmes aux yeux.]

Intervenant : Je vous entends dire que vous êtes reconnaissant de tout ce qu'elle a fait, surtout lors des moments difficiles et que, sans elle, vous ne savez pas où vous en seriez aujourd'hui. Elle était un peu le ciment de la relation et de la famille, elle a joué un rôle important, déterminant, pour vous amener jusqu'ici. Vous avez pu compter sur elle, et elle a toujours su vous soutenir, est-ce que je vous entends bien ? [L'intervenant résume, reflète, interprète et étend l'émotion primaire.]

Jean : Oui, c'est ça, elle était là. **Malgré tous les obstacles**, elle a été le ciment. Sans elle, il n'y aurait pas de famille, pas de petits-enfants non plus, ma vie serait vide. Elle a su tout retenir ensemble.

Intervenant : Pouvez-vous lui dire comment vous appréciez tout ce qu'elle a fait pour vous, pour vous deux ? [L'intervenant fait appel à la question évocatrice.]

Jean : Je ne sais pas. Je ne crois pas qu'elle veuille m'entendre. Elle ne me croira pas. Chaque fois que je m'essaie, elle devient en colère et je ne vois plus la fin…

Intervenant : C'est ça, vous tentez de lui dire à quel point vous l'appréciez et, sans savoir pourquoi, les mots sortent mal, elle se fâche, sa réaction vous fige, vous éloigne, c'est ça ? [L'intervenant reflète, valide la réponse évocatrice et y fait appel.]

Jean : C'est ça. Elle va me regarder avec son expression de mépris et puis… [Il baisse les yeux.]

Intervenant : Avec son expression de mépris et… [L'intervenant reflète et encourage la réponse.]

Jean : Et je fige. J'arrête. Ce n'est pas la peine.

Intervenant : C'est ça, vous figez, ce n'est pas la peine, « jamais elle ne va m'entendre, jamais elle ne me croira… C'est mieux de me retirer, de me taire, et peut-être que ça va passer », c'est ça ? [Jean acquiesce.] Et c'est comment pour vous, de vous retirer, de vous taire, d'attendre que ça passe ? [L'intervenant reflète et interprète les propos dans le contexte de la dynamique interrelationnelle, il fait appel à la question évocatrice.]

Jean : C'est dur. C'est froid. Mais chaque fois que j'en parle, elle explose, elle rétorque que je n'ai pas changé, que je suis toujours pareil, toujours un vaurien. Parfois, elle me critique si fort que même moi, je ne le crois plus moi-même, je me dis qu'elle a peut-être raison, que je suis toujours un vaurien, et je ne veux rien savoir d'entendre ça, alors je l'ignore.

Intervenant : C'est alors que vous vous retirez, que vous vous barricadez contre ses remarques, car c'est trop souffrant de l'entendre dire que vous la décevez autant, c'est ça ? Dites-moi, qu'est-ce qui se passe à l'intérieur de vous, lorsque vous l'entendez dire à quel point vous la décevez, que vous n'avez pas réussi à la satisfaire, que se passe-t-il à l'intérieur ? [L'intervenant interprète les paroles de Jean dans le contexte de la dynamique interrelationnelle, il reflète les émotions de douleur et fait appel à la question évocatrice pour accentuer et rendre plus explicite la prise de conscience.]

Jean : Eh bien, un peu étrange, un peu vague.

Intervenant : « Un peu étrange, un peu vague… » Pouvez-vous m'en dire davantage ? [L'intervenant fait appel à la question évocatrice.]

Jean : Eh bien ! C'est comme quand j'étais adolescent et que je consommais… [Intervenant : « Hum… »] Je ressentais souvent le besoin de m'évader, de me cacher, je me sentais si mal en dedans.

Intervenant : Oui, vous vous sentiez si mal ; il fallait absolument faire quelque chose pour fuir ce mal… [L'intervenant accentue et reflète les émotions primaires.]

Jean : Oui, c'est ça, et la boisson me permettait de faire ça, c'était la seule façon d'arrêter tout ça, de tout oublier.

Intervenant [pause] : Alors, parfois, lorsque vous tentez d'exprimer à Lise combien vous regrettez tout le tort que vous lui avez fait et comment vous l'appréciez pour avoir tout enduré, sans savoir pourquoi, vos paroles n'ont pas l'effet attendu. Soudain, elle se fâche, vous fait des reproches sur comment vous n'avez pas changé du tout, sur comment vous n'avez pas réussi, ce qui entraîne un sentiment vague et étrange, un sentiment pas du tout agréable, qui fait un peu peur, qu'il vous faut fuir, « alors je pars, je me retire, parce que je le connais trop bien ce sentiment, c'est le même qui m'amenait à consommer, et Dieu sait combien je ne veux pas en revenir à ça », c'est ça ? [L'intervenant reflète, interprète dans le contexte de la dynamique interrelationnelle, valide et étend l'émotion primaire, il fait le lien avec les anciens comportements de consommation.]

Jean : Oui, c'est ça, je ne veux pas y retourner, c'est trop horrible.

Intervenant : « Trop horrible, je ne la laisserai pas m'emmener là. C'est trop douloureux, trop honteux », c'est ça ? Tout comme c'est trop honteux d'apprendre « que je l'ai blessée et déçue » ? [L'intervenant reflète, valide et étend la prise de conscience des émotions primaires.]

Jean : Oui, c'est ça. Et je ne veux plus me sentir comme ça.

Intervenant : « Je ne veux plus me sentir comme ça, avoir honte de moi comme ça », c'est ça ? [L'intervenant reflète, accentue et étend la réponse évocatrice ; il y fait appel.]

Jean : Non, je ne veux plus me sentir comme lorsque j'étais ado ou quand mon père me battait, c'est trop… [Il pleure.]

Intervenant [voix douce] : « C'est ça, ça ne sert à rien, jamais que je pourrai lui plaire, jamais je ne réussirai et j'en ai honte, tellement honte… alors ça a du sens, que la seule option, c'est de me retirer, de fuir, de m'éloigner, pour ne plus rien entendre de tout ça, pour me sentir un peu mieux, en sécurité, où j'aurai moins honte, pour me protéger », oui ? [L'intervenant accentue, interprète dans le contexte de la dynamique interrelationnelle, étend et valide les émotions primaires.]

Jean [tête basse] : Hum…

Intervenant [pause] : Alors, Jean, qu'est-ce que vous attendez d'elle en ce moment ? Qu'est-ce qui vous permettrait de lui dire ce dont vous avez besoin ? [L'intervenant fait appel à la question évocatrice.]

Jean : Eh bien, j'ai besoin d'être rassuré qu'elle soit prête à m'entendre, qu'elle puisse prendre le temps de m'écouter sans m'interrompre, sans me critiquer, de me laisser dire tout ce que j'ai envie de lui dire, de me laisser vider mon sac…

Intervenant : Oui, vous avez besoin de savoir que c'est sécuritaire, c'est ça, que vous ne serez pas attaqué ? Qu'elle vous donne la chance de vous exprimer, ai-je raison ? [Jean acquiesce.] Pouvez-vous le lui demander, pouvez-vous lui dire comment vous avez besoin d'une chance ? [L'intervenant reflète la réponse et la question évocatrices et fait appel à elles.]

Jean formule sa demande, et Lise répond d'emblée qu'elle est prête à lui accorder une autre chance. Ce fut un point tournant pour le couple, et chacun commença à faire davantage confiance à l'autre. Alors que la dynamique du cycle interrelationnel ne fut pas transformée pour autant, chacun percevait plus clairement son rôle au sein de cette dynamique et comment l'autre, toujours soucieux de se protéger, faisait de son mieux pour se rapprocher.

Au cours de la démarche thérapeutique, Jean continua à s'affirmer et à exprimer ses besoins de manière à permettre à Lise d'y répondre. Pour sa part, Lise s'apercevait de son influence sur lui, heureuse de constater qu'il était plus en mesure de répondre à ses besoins et de la soutenir. En outre, Jean l'encourageait à s'affirmer davantage, ce qui contribuait à rétablir un équilibre de pouvoir dans la relation. Lors de la 15e séance, au moment du relâchement émotionnel chez la personne en poursuite, Lise, les larmes aux yeux, exprimait son besoin d'être rassurée et validée : « J'ai tellement besoin de compter sur toi, de m'appuyer sur toi, après tout ce que j'ai eu à passer, je suis épuisée et brûlée. » Au cours de l'évolution de la thérapie, Jean la rassurait davantage, répondait de plus en plus à son besoin d'être consolée et soutenue ; pour sa part, Lise était de plus en plus confiante et plus réceptive à ses tentatives de rapprochement et de soutien. Il réaffirma son amour pour elle et sa reconnaissance.

Lors des séances suivantes, les partenaires ont pu s'attaquer à plusieurs problèmes laissés en suspens, notamment à celui du deuil lié au décès soudain de leur petite-fille. Un des indicateurs de succès de la démarche d'EFT renvoie à une nouvelle habileté à résoudre des problèmes demeurés longtemps non réglés. Lors d'une séance en particulier, Jean a su exprimer sa tristesse, et Lise, sa détresse et sa colère devant l'injustice de la maladie qui s'en prenait à des enfants innocents et sans défense, détresse contre laquelle elle s'était déjà avouée vaincue, au point d'être admise en psychiatrie. Le plus frappant fut leur nouvelle habileté à s'allier devant le deuil, à maintenir leur lien de solidarité et d'amour.

Au cours d'une séance de suivi, un an après la fin de la thérapie, ce couple rapportait un très bon rapprochement et un niveau très élevé de satisfaction conjugale. La dépression de Lise s'étant dissipée, elle avait retrouvé sa confiance et elle exprimait d'emblée ses besoins à son conjoint et à sa famille. Pour sa part, Jean appréciait leur degré élevé d'intimité et trouvait rassurant l'encouragement que lui exprimait fréquemment sa conjointe. Enfin, ils restaient optimistes quant à leur avenir de couple.

Ce couple a fait preuve d'un courage exemplaire en démontrant de la persévérance devant les nombreux démons qu'il a su affronter au sein d'une démarche soutenue et difficile, mais qui s'est avérée profitable.

14. LES DÉFIS DE L'INTERVENANT NOVICE

Les intervenants novices en EFT font face à divers défis. Nous présumons que tous les intervenants de couple ont de la difficulté à intégrer les dimensions individuelles et interactionnelles de la relation de couple. Nous présumons aussi que plusieurs thérapeutes de couple luttent entre l'envie de diriger et celle de suivre leurs clients. De plus, la plupart des thérapeutes de couple ont pour défi d'encourager non seulement de nouveaux comportements, mais aussi de nouvelles interprétations de l'autre et de la relation (Sprenkle, Blow et Dickey, 1999). Par contre, l'intervenant en EFT accepte que l'engagement émotionnel de chaque partenaire envers ses expériences personnelles et envers l'autre partenaire soit nécessaire afin de solliciter de nouvelles réponses et de nouvelles perspectives suffisamment puissantes pour changer le cours du drame complexe qu'est la détresse du couple.

L'intervenant novice doit apprendre à rester concentré et à faire confiance aux émotions même si le client ne le fait pas lui-même (Palmer et Johnson, 2002). Notre expérience démontre que les clients ne se désintègrent pas ou ne perdent pas le contrôle lorsqu'ils accèdent à des émotions fortement désagréables lors d'une séance thérapeutique. Par contre, l'intervenant novice peut, à cause de sa propre anxiété, étouffer ou éviter certaines expériences émotionnelles clés. Les intervenants novices sont rassurés lorsqu'on leur donne des techniques comme l'ancrage (*grounding*) pour les préparer à aider les clients à maîtriser leurs émotions en thérapie, ce qui est parfois nécessaire avec des clients très troublés (p. ex., les survivants d'événements traumatisants). L'ancrage est une technique où l'intervenant aide le partenaire à tolérer les affects négatifs très intenses liés aux souvenirs traumatiques en attirant l'attention sur les sensations dans le moment présent comme celles associées à la respiration, au poids du corps sur la chaise, aux couleurs des murs, ce qui l'aide à se rappeler qu'il n'est pas dans la situation traumatique, mais qu'il est toujours en sécurité avec son partenaire et le thérapeute. Dans le cadre de l'EFT, cette technique aide le partenaire à nommer et à cristalliser les éléments problématiques de l'expérience tout en encourageant la tolérance, la régulation et l'intégration des affects négatifs.

De la même façon, les intervenants novices qui ne font pas confiance aux besoins d'attachement peuvent se retrouver à critiquer subtilement la fragilité d'un partenaire. Le mythe culturel actuel en matière d'attachement est que les gens « en besoin » doivent devenir plus matures en se maîtrisant et que faire preuve d'indulgence envers leurs besoins d'attachement ne mènera qu'à une liste sans fin de demandes. Au contraire, l'expérience démontre que les besoins d'attachement et les niveaux d'anxiété deviennent déformés et exagérés lorsqu'on les ignore. Nous croyons qu'une bonne connaissance de la théorie de l'attachement et une bonne compréhension des enjeux qui y sont reliés aideront les novices à éviter ce piège. Un superviseur ou un groupe de soutien offrant à ces thérapeutes une base sécurisante peut aussi les aider à explorer leurs propres perspectives sur les expériences émotionnelles, les besoins d'attachement et les désirs.

Un thérapeute novice doit aussi apprendre à ne pas se perdre dans des conflits pragmatiques et dans le contenu des interactions, mais plutôt à se concentrer sur le processus d'interaction et l'évolution des expériences internes au sein de cette interaction. On ne peut surestimer l'importance pour l'intervenant de toujours garder comme point de mire le processus d'interaction et de suivre ainsi le cours de la dynamique, plutôt que de se perdre avec le couple dans le détail des conflits. On note aussi l'importance pour l'intervenant de rester avec le client plutôt qu'avec le modèle et de ne pas pousser les partenaires à l'étape suivante s'ils ne sont pas prêts. Parfois, c'est lorsque l'intervenant reste avec le client dans son inaptitude à avancer que de nouvelles portes s'ouvrent. Par exemple, lorsqu'une femme effrayée est en mesure d'exprimer sa peur de l'engagement et que l'intervenant l'accompagne dans cette peur, elle est plus en mesure de prendre conscience de la petite voix intérieure qui lui dit que tous les hommes vont la laisser, tout comme son premier amoureux lorsqu'il a appris qu'elle était enceinte. Alors qu'elle fait le deuil de cette blessure et qu'elle prend conscience du sentiment d'impuissance à l'égard des hommes qui prennent de l'importance dans sa vie, son partenaire est là pour la réconforter. Elle découvre alors qu'elle peut exprimer sa peur en présence de son partenaire et elle commence à se détendre. Ce processus diffère de celui d'une séance précédente, où l'intervenant novice encourage la cliente à dresser une liste des risques qu'elle est prête à prendre et quand elle pense les prendre, pour découvrir qu'elle est encore plus retirée après cette séance.

Les intervenants novices peuvent aussi éprouver de la difficulté à se déplacer entre les niveaux intrapersonnel et interpersonnel. L'intervenant peut se perdre dans les caprices des expériences internes et oublier de les utiliser pour encourager de nouveaux pas dans la dynamique interactionnelle. Le but de rendre plus explicites et d'élargir les expériences émotionnelles dans l'EFT est de former de nouvelles interactions. L'intervenant doit alors poursuivre avec le mode « Pouvez-vous lui dire ? » sur une base régulière. L'intervenant inexpérimenté peut également se retrouver à soutenir l'un des partenaires aux dépens de l'autre. Il est particulièrement important, lorsqu'un partenaire prend de nouveaux risques, de valider la méfiance de l'autre, son sentiment de

désorientation et son inaptitude à répondre immédiatement à ce comportement. Selon des recherches récentes (Denton *et al.*, 2000) si l'on peut prévenir ces problèmes, les intervenants novices seront alors efficaces en utilisant ce modèle.

15. L'ÉTAT DE LA RECHERCHE

Dans une méta-analyse récente, on a mesuré un effet de grandeur de 1,3 (Johnson *et al.*, 1999). Ce résultat statistique, qui porte sur la différence entre le niveau d'ajustement conjugal avant et après le traitement d'EFT, se compare très favorablement à un effet de taille jugé grand où $d = 0{,}8$ (Cohen, 1988). Concrètement, en moyenne 70 % à 73 % des couples qui ont complété l'EFT en retirent des bienfaits (Johnson *et al.*, 1999). Cette étude précise aussi que la relation des couples qui ont bénéficié de l'EFT se détériore rarement et qu'elle continue de s'améliorer après l'arrêt du traitement (Johnson *et al.*, 1999). De plus, les gains de l'EFT semblent se maintenir à long terme (Cloutier, Manion, Walker et Johnson, 2002). Cette étude de suivi sur deux ans, réalisée auprès des couples particulièrement vulnérables aux rechutes, fait état d'une stabilité dans l'amélioration de leur fonctionnement conjugal. Finalement, dans une étude comparative, les interventions reposant sur le changement comportemental et l'acquisition d'habiletés étaient moins efficaces que l'EFT (Johnson et Greenberg, 1985).

CONCLUSION

La thérapie de couple entre actuellement dans une nouvelle ère. Pour la première fois, on entrevoit une meilleure compréhension de la nature de la détresse conjugale, de la satisfaction conjugale et de l'amour adulte et des types d'interventions qui peuvent aider les couples à réaliser des changements durables dans leur relation. Cela offre de multiples possibilités d'intervention. Il existe aujourd'hui une documentation importante sur les façons d'intervenir dans une séance de thérapie de couple en faisant appel aux réponses émotionnelles intenses et sur les façons d'utiliser l'intensité émotionnelle pour transformer les relations en détresse. Dès lors, il est possible, d'une part, de participer activement au rétablissement des relations en difficulté et, d'autre part, de créer des relations qui permettront au partenaire de se remettre de problèmes comme la dépression ou l'état de stress posttraumatique. La relation de couple constitue le fondement et l'appui de la famille ; c'est aussi l'endroit où les individus poursuivent le développement de leur identité, de leurs habiletés et de leurs ambitions. Si plus d'intervenants réussissent à aider des couples à retrouver et à conserver une relation saine et satisfaisante, ils auront accompli beaucoup.

RÉFÉRENCES

Atkinson, L. (1997). « Attachment and psychopathology : From laboratory to clinic », dans L. Atkinson et K.J. Zucker (dir.), *Attachment and Psychopathology,* New York, Guilford, p.›3-16.

Cloutier, P.F., Manion, I.G., Walker, J.G. et Johnson, S.M. (2002). « Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children : A 2-year follow-up », *Journal of Marital and Family Therapy*, *28*, p. 391-398.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2e éd.), Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Denton, W.H., Burleson, B.R., Clark, T.E., Rodriguez, C.P. et Hobbs, B.V. (2000). « A randomized trial of emotion focused therapy for couples in a training clinic », *Journal of Marital and Family Therapy*, *26*, p. 65-78.

Dessaulles, A., Johnson, S.M. et Denton, W. (2003). « The treatment of clinical depression in the context of marital distress », *American Journal of Family Therapy*, *31*, p. 345-353.

Dutton, D.G. (1995). *The Batterer : A Psychological Profile,* New York, Basic Books.

Fisch, R., Weakland, J.H. et Segal, L. (1982). *The Tactics of Change : Doing Therapy Briefly*, San Francisco, Jossey-Bass.

Goldner, V. (1999). « Morality and multiplicity : Perspectives on the treatment of violence in intimate life », *Journal of Marital and Family Therapy*, *25*, p. 325-336.

Gottman, J.M. (1994). *What Predicts Divorce ?,* Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.

Greenberg, L.S. et Johnson, S. M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples,* New York, Guilford.

Greenberg, L.S., Watson, J.C. et Lietaer, G. (dir.) (1998). *Handbook of Experiential Psychotherapy,* New York, Guilford.

Jacobson, N.S. et Addis, M.E. (1993). « Research on couple therapy : What do we know ? Where are we going ? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, p. 85-93.

Johnson, S.M. (1996). *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection,* New York, Brunner/Mazel.

Johnson, S.M. (2002). *Emotionally Focused Therapy with Trauma Survivors : Strengthening Attachment Bonds,* New York, Guilford.

Johnson, S.M. et Denton, W. (2002). « Emotionally Focused Couples Therapy : Creating Connection », dans A.S. Gurman (dir.), *The Clinical Handbook of Couple Therapy*, (3e éd.), New York, Guilford, p. 221-250.

Johnson, S.M. et Greenberg, L.S. (1985). « The differential effects of experiential and problem solving interventions in resolving marital conflict », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*, p. 175-184.

Johnson, S.M. et Greenberg, L.S. (1988). « Relating process to outcome in marital therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *14*, p. 175-183.

Johnson, S.M. et Greenberg, L.S. (1995). « The emotionally focused approach to problems in adult attachment », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*, New York, Guilford, p. 121-141.

Johnson, S.M., Hunsley, J., Greenberg, L. et Schlinder, D. (1999). « Emotionally focused couples therapy : Status and challenges », *Journal of Clinical Psychology : Science and Practice*, *6*, p. 67-79.

Johnson, S.M, Maddeux, C. et Blouin, J. (1998). « Emotionally focused family therapy for bulimia : Changing attachment patterns », *Psychotherapy : Theory, Research et Practice*, *35*, p. 238-247.

Johnson, S.M., Makinen, J. et Millikin, J. (2001). « Attachment injuries in couple relationships : A new perspective on impasses in couple therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *27*, p. 145-155.

Johnson, S.M. et Talitman, E. (1997). « Predictors of success in emotionally focused marital therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *23*, p. 135-152.

Johnson, S.M. et Whiffen, V. (1999). « Made to measure : Adapting emotionally focused couple therapy to partners attachment styles », *Clinical Psychology : Science and Practice*, *6*, p. 366-381.

Johnson, S.M. et Williams-Keeler, L. (1998). « Creating healing relationships for couples dealing with trauma : The use of emotionally focused marital therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *24*, p. 227-236.

Knowal, J., Johnson, S.M. et Lee, A. (2003). « Chronic illness in couples : A case for Emotionally Focused Therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*, p. 299-310.

Knudson-Martin, C. et Mahoney, A. (1999). « Beyond different worlds : A "post-gender" approach to relationship development », *Family Process*, *38*, p. 325-340.

Millikin, J. et Johnson, S.M. (2000). « Telling tales : Disquisitions in emotionally focused therapy », *Journal of Family Psychotherapy*, *11*, p. 75-79.

Orlinsky, D., Grawe, K. et Parks, B. (1994). « Process and outcome in psychotherapy », dans A.E. Bergin et S.L. Garfield (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4e éd.), New York, Wiley, p. 270-376.

Palmer, G. et Johnson, S.M. (2002). « Becoming an emotionally focused couple therapist », *Journal of Couple and Relationship Therapy*, *3*, p. 1-6.

Perls, F., Hefferline, R. et Goldman, P. (1951). *Gestalt Therapy*, New York, Dell.

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered Therapy,* Boston, Houghton Mifflin.

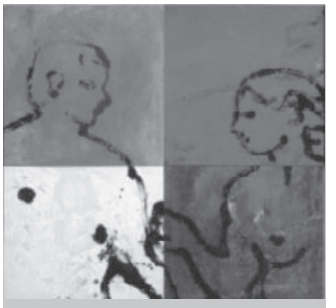
Simpson, J.A. et Rholes, W.S. (1994). « Stress and secure base relationship in adulthood », dans K. Bartholomew et D. Perlman (dir.), *Advances in Personal Relationships : Vol. 5. Attachment Processes in Adulthood,* Londres, Jessica Kingsley, p. 181-204.

Spanier, G.B. (1976). « Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads », *Journal of Marriage and the Family*, *38*, p. 15-28.

Sprenkle, D., Blow, A. et Dickey, M.H. (1999). « Common factors and other non-technique variables in marriage and family therapy », dans M. Hubble, B. Duncan et S. Miller (dir.), *The Heart and Soul of Change,* Washington, American Psychological Association, p. 329-359.

Whiffen, V. et Johnson, S. (1998). « An attachment theory framework for the treatment of child-bearing depression », *Clinical Psychology : Science and Practice*, *5*, p. 478-493.

Whisman, M. et Jacobson, N.S. (1990). « Power, marital satisfaction and response to marital therapy », *Journal of Family Psychology*, *4*, p. 202-212.



CHAPITRE

6

L'ÉVALUATION ET LA MODIFICATION DES COGNITIONS EN THÉRAPIE CONJUGALE
Une approche cognitive-comportementale contextuelle

Norman B. Epstein, Donald H. Baucom et John Wright

Depuis une trentaine d'années déjà, les théoriciens, les chercheurs ainsi que les cliniciens reconnaissent que la cognition joue un rôle crucial dans le fonctionnement des relations de couple et en influence également la qualité. Diverses approches théoriques de la thérapie conjugale incluent d'ailleurs des interventions visant à modifier les cognitions entretenues par les partenaires et qui sont à l'origine de l'exacerbation des problèmes du couple ou qui y contribuent. En somme, la perception subjective que les conjoints ont l'un de l'autre, les inférences que chacun entretient à propos des intentions de l'autre, les critères personnels que chacun attribue à une relation de couple

de qualité, ainsi que plusieurs autres facteurs cognitifs sont des éléments susceptibles d'influencer le niveau de collaboration des partenaires afin qu'ils puissent s'adapter efficacement aux exigences de la vie quotidienne et arriver à se sentir satisfaits dans la relation (Epstein et Baucom, 2002). Bien que ce chapitre présente une approche cognitive-comportementale de l'évaluation des cognitions et de l'intervention auprès des couples, les concepts et les procédures qui y sont décrits peuvent s'avérer tout à fait pertinents pour les cliniciens d'une orientation théorique différente. En effet, le but de ce chapitre est de démontrer comment une approche cognitive-comportementale de l'évaluation des cognitions et de l'intervention peut constituer une valeur ajoutée à l'intérieur d'un modèle intégré de la thérapie conjugale, sans toutefois tomber dans l'examen du rôle de la cognition à l'intérieur de diverses approches théoriques. D'ailleurs, plusieurs de nos travaux (Epstein et Baucom, 2002) ont jusqu'à maintenant porté sur le développement d'un modèle intégré de la thérapie conjugale s'inspirant de concepts et de méthodes reliés à la psychodynamique, à divers modèles systémiques ainsi qu'à la thérapie cognitive-comportementale traditionnelle.

Une des caractéristiques distinctives de la thérapie conjugale et familiale d'approche cognitive-comportementale est l'emphase mise sur la cognition (Baucom et Epstein, 1990 ; Dattilio, 1998). Toutefois, plusieurs autres orientations théoriques ont aussi abordé la cognition à l'intérieur de dynamiques relationnelles. Par exemple, les approches psychodynamiques, ainsi que celles orientées vers l'*insight* (Scharff et Bagnini, 2002 ; Snyder et Schneider, 2002 ; voir le chapitre 1) ont examiné comment les relations antérieurement entretenues avec les membres de la famille d'origine peuvent provoquer l'intériorisation des représentations cognitive-affective chez un individu (p. ex., introjections, schémas) et influencer la perception, ainsi que les distorsions potentielles que ce dernier entretient face à son partenaire amoureux. L'objectif principal des thérapies favorisant cette approche est d'augmenter le niveau de conscience du client concernant l'influence que peuvent avoir ses expériences relationnelles antérieures sur sa relation conjugale actuelle, provoquant ainsi un changement cognitif qui se répercutera ensuite sur les émotions et les comportements de l'individu en face de son partenaire. De façon similaire, la thérapie conjugale centrée sur les émotions (Johnson, 1996) met l'emphase sur les styles d'attachement (voir le chapitre 5) et implique la présence d'un modèle d'attachement internalisé chez l'individu, soit la représentation cognitive qu'un individu se fait de lui-même en relation avec les membres de son entourage potentiellement significatifs. L'objectif principal de la thérapie conjugale centrée sur les émotions est d'aider les partenaires à modifier leurs interactions dysfonctionnelles venant entraver la satisfaction de leur besoin d'attachement et à développer un modèle d'attachement davantage sécurisant, à l'intérieur d'un contexte relationnel où chacun se montre soutenant pour l'autre.

Il va donc sans dire qu'une longue tradition existe déjà à l'intérieur de la thérapie conjugale et familiale quant à la modification des cognitions individuelles concernant les caractéristiques et les événements à l'intérieur de relations intimes. Toutefois, les

approches cognitives-comportementales permettent une conceptualisation davantage détaillée et systématique de l'influence que peuvent avoir les cognitions individuelles à l'intérieur une relation. Ce chapitre décrit particulièrement : *a)* les principaux types de cognitions qui influencent les interactions d'un couple, ainsi que leur niveau de satisfaction ; *b)* les méthodes d'évaluation clinique des cognitions relationnelles de chacun des partenaires ; *c)* une variété d'interventions pour la modification des cognitions qui semblent contribuer aux problèmes relationnels du couple. L'emphase mise sur la cognition doit être considérée ici dans le contexte plus large de la thérapie conjugale de type cognitive-comportementale, qui accorde une grande importance aux interactions comportementales du couple ainsi qu'aux réponses affectives des partenaires. Tel que détaillé dans Epstein et Baucom (2002), ainsi qu'à l'intérieur des chapitres 1, 2 et 4 de cet ouvrage, les cognitions des partenaires, ainsi que leurs comportements et leurs émotions, s'interinfluencent continuellement et déterminent la qualité et la stabilité d'une relation.

1. MODÈLES DE L'INTERVENTION COGNITIVE AUPRÈS DES COUPLES

La composante cognitive de la thérapie conjugale cognitive-comportementale prend racine dans la recherche sur la cognition sociale ainsi que dans les approches cognitives de la thérapie destinée aux individus présentant des symptômes de dépression, d'anxiété et d'autres problèmes personnels (Baucom et Epstein, 1990 ; Epstein et Baucom, 2002). La recherche sur la cognition sociale a démontré que les individus perçoivent de manière sélective certains aspects des événements auxquels ils sont confrontés, alors qu'ils omettent de remarquer certains autres aspects des situations vécues. Également, il a été démontré que les individus produisent naturellement des attributions ou des inférences pouvant expliquer les causes perçues d'un événement, qu'ils entretiennent des attentes (sous forme de prédictions) concernant les probabilités qu'un événement se produise ultérieurement et qu'ils évaluent les événements ainsi que les gens en fonction d'assomptions et de normes personnelles développées plus tôt dans leur vie et demeurant relativement stables avec le temps (Epstein et Baucom, 1993 ; Epstein et Baucom, 2002 ; Fincham, Bradbury et Scott, 1990). À partir de ce modèle de traitement de l'information, les thérapeutes conjugaux d'approche cognitive-comportementale tentent de comprendre comment deux individus formant un couple peuvent continuellement percevoir de manière sélective les comportements de l'autre, produire des attributions concernant les causes de ces comportements, développer des attentes concernant les agissements ultérieurs de l'autre et s'évaluer mutuellement de façon favorable ou non.

À l'origine, les thérapies cognitives-comportementales ont été développées pour traiter les individus souffrant de problèmes tels la dépression et l'anxiété. Toutefois, elles ont rapidement été adaptées afin d'être appliquées également aux problèmes relationnels des individus. Par exemple, Ellis et ses collègues (Ellis, 1977 ; Ellis, Sichel, Yeager, DiMattia et DiGiuseppe, 1989) ont appliqué la thérapie rationnelle-émotive aux

problèmes conjugaux en se basant sur la prémisse que les croyances irrationnelles ou irréalistes que les individus entretiennent à propos de leur partenaire et de leur relation de couple les amènent à se sentir mécontents et à se comporter de manière négative à l'égard de leur partenaire (p. ex., la coercition). Le modèle des problèmes relationnels conçu par Ellis et ses collègues met principalement l'accent sur des croyances faisant émerger de la détresse chez chacun des partenaires plutôt que des biais d'inférence et de perception, ainsi que des comportements destructeurs nécessitant un changement.

Quant au modèle de la thérapie cognitive de Beck (A.T. Beck, 1988 ; J.S. Beck, 1995), il fait référence à des pensées automatiques momentanées, c'est-à-dire à diverses erreurs apparaissant dans le processus de traitement de l'information, venant fausser les cognitions. Le contenu de ces pensées automatiques est alors façonné par des structures sous-jacentes relativement stables (c'est-à-dire l'image de soi, les croyances à propos des relations intimes). Beck (1988) a appliqué son modèle cognitif et ses techniques thérapeutiques aux relations conjugales, enseignant aux partenaires à vérifier le degré d'exactitude et de pertinence de leurs pensées automatiques concernant l'autre et aussi à examiner les désavantages d'entretenir des normes potentiellement irréalistes concernant les relations de couple.

Ces approches individuelles de la thérapie cognitive appliquées aux problèmes conjugaux ont contribué de façon importante au développement de la thérapie conjugale. Toutefois, les interventions ont tendance à viser principalement le fonctionnement individuel de chacun des partenaires formant le couple plutôt que le fonctionnement du couple en lui-même. Par contraste, les thérapeutes conjugaux d'approche cognitive-comportementale qui favorisent un modèle théorique où l'emphase se situe davantage sur les processus dyadiques et la causalité circulaire entre les partenaires ont tendance à se baser sur les concepts des systèmes familiaux de même que sur les principes de l'apprentissage social sous-jacents à la thérapie conjugale de type comportementale (Baucom et Epstein, 1990 ; Epstein et Baucom, 2002 ; Jacobson et Margolin, 1979 ; Stuart, 1980). Par conséquent, ils mettent l'accent sur certaines séquences d'interactions entre les deux partenaires à l'intérieur d'un processus circulaire (lorsque les cognitions subjectives d'un individu concernant le comportement de son partenaire suscitent chez le premier une réponse émotionnelle et comportementale, qui est à son tour perçue et interprétée par le partenaire). Les interventions thérapeutiques ciblent alors les patrons d'interactions entre les deux partenaires, tels que le retrait d'un des partenaires lorsque l'autre lui adresse une demande, les escalades d'échanges et de comportements négatifs de part et d'autre ou l'évitement de discussions concernant les sujets propices à provoquer des tensions entre les partenaires. Il est soutenu que les interventions adressant les cognitions des partenaires en l'absence d'interventions visant à modifier les interactions comportementales négatives ont peu de chance de produire des effets substantiels ou des changements durables en regard aux cognitions et à la détresse conjugale qui y sont associés. De façon similaire, les thérapeutes d'approche cognitive-comportementale prêtent attention aux réactions émotionnelles des partenaires qui influencent les cognitions

qu'ils entretiennent vis-à-vis de l'autre (p. ex., quand la colère amène un individu à remarquer de façon sélective les comportements négatifs de son/sa partenaire et à négliger de prendre en considération les comportements positifs). Par conséquent, la compréhension du thérapeute concernant les problèmes du couple ainsi que l'intervention qu'il applique sont davantage efficaces lorsqu'il est en mesure d'observer directement les interactions du couple et d'interroger les partenaires sur leurs cognitions internes et sur leurs émotions face à la situation. De plus, chacun des partenaires peut constituer une nouvelle source d'information très précieuse pour son conjoint, provoquant ainsi une altération des cognitions entretenues mutuellement par les partenaires. Par exemple, lorsqu'un individu attribue le comportement ennuyant de son conjoint à de mauvaises intentions de la part de ce dernier, une attitude aimante de la part du conjoint qui explique calmement les raisons qui ont motivé son comportement vient modifier l'attribution négative entretenue initialement par l'individu. Donc, les thérapeutes conjugaux d'orientation cognitive-comportementale travaillent à augmenter le niveau d'attention des partenaires concernant le processus de leurs interactions ainsi qu'à accroître leur tendance à s'interroger l'un l'autre au sujet de leurs cognitions mutuelles.

Le modèle intégré de la thérapie conjugale d'approche cognitive-comportementale à la base des concepts présentés dans ce chapitre considère donc l'interaction continue entre les cognitions, les comportements et les émotions à l'intérieur d'une relation de couple. Une description plus détaillée de ce modèle peut être consultée dans le texte de Baucom et Epstein (2002) et au chapitre 4.

2. TYPES DE COGNITIONS PRÉSENTES DANS LES RELATIONS DE COUPLE

Les cognitions apparaissant dans les relations de couple peuvent être identifiées selon leur *contenu* et également selon leur *forme*. Le contenu d'une cognition (ce sur quoi elle porte) possède généralement quelques éléments de base. Tout d'abord, l'emphase de la cognition peut être mise : *a)* sur la personne elle-même, *b)* sur le partenaire, *c)* sur la relation, *d)* sur des facteurs externes tel que les enfants, la famille élargie, le travail, etc., ayant rapport à un des partenaires ou au couple. Ensuite, la cognition contient généralement un thème particulier, tel que le degré d'investissement mutuel des partenaires dans la relation ou bien la distribution du pouvoir décisionnel entre les partenaires (Epstein et Baucom, 2002). Également, le contenu de la cognition fait appel à un domaine particulier de la relation, tel que les finances, l'affection, les activités de loisir, les enfants, ou les objectifs de vie. Un individu peut donc entretenir une cognition ayant le contenu suivant : « Mon conjoint devrait démontrer son engagement envers moi en passant le plus clair de son temps libre avec moi. » Cette cognition (qui est devenu une norme) met l'accent sur le partenaire, a pour thématique l'investissement dans la relation de couple et aborde le domaine des activités de loisirs.

La *forme* d'une cognition est pour sa part indépendante du contenu, car elle fait davantage référence à la structure ou au processus de la cognition. Le modèle cognitif de Beck (A.T. Beck, 1988 ; J.S. Beck, 1995) fait d'ailleurs une différence entre les « pensées automatiques » momentanées et les schémas ou structures de connaissances relativement stables d'un individu. Les *schémas* se sont développés au fil du temps selon les expériences personnelles vécues (p. ex., à l'intérieur de la famille d'origine), les apprentissages faits à travers l'éducation formelle reçue, ainsi qu'à travers les messages véhiculés par les médias de masse (Epstein et Baucom, 1993 ; Holmes, 2000). Les schémas agissent donc à titre de modèle venant façonner la compréhension qu'un individu se fait de ses expériences actuelles en fonction des apprentissages faits antérieurement. Holmes (2000) décrit comment les individus en viennent à développer tant des schémas généralisés (c'est-à-dire les caractéristiques d'une relation de couple en général) que des schémas plus spécifiques (c'est-à-dire les caractéristiques de son propre couple). Holmes fait également état des recherches indiquant que les schémas relationnels des individus ne sont pas seulement définis en fonction de leurs caractéristiques ainsi que de celles de leur partenaire, mais qu'ils sont également définis en fonction de l'interaction qui a lieu entre l'individu et son partenaire. Un schéma relationnel inclut donc une conception de soi en relation avec l'autre, une conception concernant les caractéristiques de l'autre ainsi que des attentes concernant les événements susceptibles de se produire entre les deux personnes (Baldwin, 2000). Holmes (2000) illustre de quelle façon un modèle d'attachement (Bowlby, 1982) constitue un exemple d'un tel schéma relationnel. En effet, les formes d'attachement caractérisées par un manque de sécurité dépendent grandement des schémas entretenus par un individu concernant sa capacité à être aimé, la disponibilité physique et émotionnelle de l'autre et les attentes entretenues face à l'idée de répondre à ses besoins d'attachement avec cette personne en particulier. Les schémas incluent également des stratégies de défense, tel le fait de s'éloigner d'un partenaire lorsque ce dernier est perçu comme n'ayant pas la capacité de répondre de façon constante aux besoins d'un individu.

2.1. Une typologie des cognitions dans la thérapie de couple d'approche cognitive-comportementale enrichie

La typologie des cognitions relationnelles décrite par Baucom, Epstein, Sayers et Sher (1989) prend donc racine tant dans la recherche sur la cognition sociale que dans le modèle cognitif de Beck, offrant alors une conception des cognitions relationnelles s'appuyant tant sur des perceptions et des inférences momentanées que sur des schémas relativement stables dans le temps. Les cognitions relationnelles peuvent alors être regroupées sous forme de perceptions sélectives momentanées, d'inférences (c'est-à-dire attributions et attentes, aussi appelées par Beck (1979) « pensées automatiques ») et de schémas (c'est-à-dire assomptions et normes). Voici quelques définitions utiles à la bonne compréhension des concepts.

A. Assomptions

À l'intérieur d'une cognition relationnelle, *une assomption* est une croyance relativement stable entretenue par un individu concernant à la fois les particularités d'une relation intime et les caractéristiques propres aux partenaires. Les assomptions peuvent être générales (c'est-à-dire les caractéristiques des femmes versus les caractéristiques des hommes) ou spécifiques à un individu ou à une relation (c'est-à-dire le tempérament ou la personnalité d'un partenaire, l'habileté d'un couple à résoudre ses conflits). Les assomptions sont des structures cognitives servant à organiser la compréhension que se fait un individu de lui-même, de son partenaire et de la relation. Malgré le fait que les assomptions soient généralement positives, elles peuvent s'avérer irréalistes et ainsi contribuer à la détresse relationnelle du couple. Par exemple, Eidelson et Epstein (1982) et Epstein et Eidelson (1981) ont démontré que plus les membres de couples cliniques soutiennent des assomptions à l'effet qu'un désaccord entre les conjoints est nuisible pour la relation et qu'ils sont enclins à croire qu'ils ne peuvent rien changer à leur façon d'être ou à leur relation ; plus ils se montrent pessimistes au sujet de l'efficacité de la thérapie conjugale, plus ils préfèrent entreprendre une thérapie individuelle au lieu d'une thérapie conjugale et plus ils désirent terminer la relation. Également, plus les partenaires entretiennent l'idée que les différences entre les hommes et les femmes contribuent à leurs problèmes relationnels, plus ils ressentent de la détresse face à leur relation (Eidelson et Epstein, 1982). Aussi, Bradbury et Fincham (1993) ont découvert un lien entre les assomptions irréalistes d'un partenaire et les comportements négatifs du couple lors d'une discussion visant à résoudre un problème.

Selon Epstein et Baucom (2002), un certain nombre d'assomptions positives semblent être des ingrédients essentiels à la satisfaction des conjoints à l'intérieur d'une relation de couple. Ces assomptions incluent la croyance que l'autre est digne de confiance, honnête, prévisible, engagé dans la relation et qu'il constitue une source importante de soutien et de sécurité. Lorsque les agissements de l'un des partenaires violent de telles assomptions fondamentales (comme lorsque le partenaire est infidèle ou qu'il se montre violent), une confusion sévère et des symptômes associés à un traumatisme peuvent apparaître au sein du couple (Gordon, Baucom et Snyder, 2004). Par conséquent, le traitement des couples à l'intérieur desquels les assomptions de base ont été bouleversées vise à aider le partenaire qui s'est senti trahi à modifier ses assomptions afin d'incorporer l'événement traumatisant et de rétablir, dans la mesure du possible, son sentiment de vivre une vie ordonnée et prévisible.

B. Normes

Les *normes* sont des croyances concernant les caractéristiques que les gens et les situations devraient posséder (Baucom *et al.*, 1989 ; Epstein et Baucom, 2002) et ils agissent comme des points de référence lorsque les individus évaluent leur partenaire ou leur relation de couple. Généralement, les normes servent une fonction positive en dictant le code d'éthique d'une personne concernant sa manière de se comporter avec autrui

(c'est-à-dire que chaque individu se doit d'être traité avec respect et équité). Cependant, certaines personnes peuvent devenir malheureuses à l'intérieur de leur relation de couple si elles appliquent des normes irréalistes ou extrêmes (p. ex., lorsqu'elles s'attendent à ce que leur partenaire soit capable de deviner leurs pensées, leurs émotions, leurs besoins sans avoir à les exprimer directement). En effet, selon Eidelson et Epstein (1982), les couples qui adhèrent à des croyances irréalistes concernant leur performance sexuelle et la communication à l'intérieur de leur relation vivent davantage de tension et de conflit. À l'inverse, Baucom, Epstein, Rankin et Burnett (1996) soutiennent que plus les couples adoptent des normes positives et réalistes concernant l'investissement de temps et d'énergie à l'intérieur de la relation, le partage d'information et d'activités entre les partenaires et l'égalité du pouvoir dans la prise de décision, plus ces derniers se sentent satisfaits de leur relation et plus la communication entre les conjoints est positive. Il semble donc que plus les normes entretenues par les membres du couple sont réalistes, plus elles contribuent à améliorer la relation et à promouvoir des interactions positives entre les partenaires. Epstein, Chen et Beyder-Kamjou (2005) soutiennent que les normes reliées à l'investissement, au partage d'information et d'activités ainsi qu'au pouvoir à l'intérieur du processus décisionnel sont associées au niveau de satisfaction éprouvé par les couples, tant américains que chinois et ce, malgré des différences culturelles reliées au degré d'adhésion aux normes. Par exemple, les couples chinois désiraient une moins grande distance les séparant des étrangers et acceptaient une plus grande utilisation de stratégies reliées au pouvoir et au contrôle entre les partenaires que les couples américains. Ces résultats évoquent l'importance des normes relationnelles à travers diverses cultures tout en indiquant la nécessité pour les cliniciens d'être sensibles aux variations culturelles en regard aux comportements que les couples considèrent désirables.

C. Perception ou attention sélective

Contrairement aux assomptions et aux normes, qui sont des formes de schémas assez stables dans le temps, *la perception* ou *l'attention sélective* implique plutôt un processus momentané chez un individu remarquant certains aspects d'une situation ou d'un événement tout en omettant d'en distinguer d'autres, sans être toutefois conscient de la présence de cette sélection (processus se rapportant aux pensées automatiques). Malgré le fait qu'il est inévitable qu'un individu ne puisse remarquer en même temps tout ce qui se passe dans son environnement, ce qui est ou non remarqué est loin d'être dû au hasard. La recherche sur la cognition sociale indique que les schémas existants peuvent jouer le rôle de filtre déterminant ce qu'un individu remarque de son entourage (Holmes, 2000). Par exemple, un individu ayant un modèle d'attachement non sécurisant peut être habitué à ne reconnaître que les signaux reliés aux réponses négatives d'autrui à son égard et négliger les signes d'intérêt manifestés par son entourage. Une telle perception biaisée peut alors contribuer à renforcer le schéma négatif d'attachement.

En ce qui concerne la perception sélective à l'intérieur des relations de couple, les études de Jacobson et Moore (1981) ainsi que de Christensen, Sullaway et King (1983) indiquent un haut taux de désaccord (environ 50 %) entre les partenaires concernant les événements qui se sont produits à l'intérieur de leur relation depuis les 24 dernières heures (ce désaccord surviendrait davantage chez les couples qui perçoivent leur relation comme non satisfaisante). Un tel écart constitue donc une barrière à la collaboration pour les couples lorsque vient le moment d'identifier des schémas problématiques dans leurs interactions comportementales nécessitant des changements, ainsi que lorsque vient le temps de remarquer davantage les comportements positifs de chacun tout en les renforçant.

D. Attributions

Les *attributions,* quant à elles, sont des inférences (autres formes de pensées automatiques) fabriqués par un individu concernant des facteurs non observés ayant influencé un événement survenu dans la réalité et dont l'individu a eu conscience. Il est naturel pour l'être humain de fabriquer des attributions pour expliquer les causes des événements survenant dans sa vie. À l'intérieur des relations de couple, ces attributions peuvent avoir un impact important sur les réponses émotionnelles et comportementales des partenaires. Lorsque les attributions sont adéquates, elles apportent des informations importantes concernant les causes des problèmes et peuvent être très utiles dans la résolution des difficultés vécues par le couple. Cependant, si les attributions sont inadéquates, elles peuvent provoquer de la détresse injustifiée et des comportements inappropriés. Il existe en effet une quantité considérable de preuves empiriques démontrant que les couples en détresse sont plus susceptibles que les autres couples d'attribuer les comportements négatifs de leur partenaire à des traits de caractères généraux et inchangeables tout en étant moins enclins à attribuer les comportements positifs de l'autre à des traits de caractère (Epstein et Baucom, 2002 ; Bradbury et Fincham, 1990). De telles attributions négatives sont également associées avec des comportements davantage négatifs de la part des partenaires lors de discussions visant à résoudre un problème (Bradbury et Fincham, 1993), le lien entre les attributions négatives et les comportements n'étant pas modéré par la détresse relationnelle ou la dépression d'un des partenaires (Bradbury, Beach, Fincham et Nelson, 1996).

Les théoriciens et les chercheurs s'entendent pour distinguer *l'attribution causale* de *l'attribution de responsabilité* lorsqu'un individu observe un événement (Bradbury et Fincham, 1990). Alors que les attributions causales se centrent sur la stabilité et la globalité des facteurs déterminant un événement, les attributions de responsabilité concernent plutôt l'évaluation intentionnelle qu'un individu fait au sujet de l'impact qu'aura un comportement quelconque sur la situation vécue. Donc, lorsqu'une femme avance l'attribution causale que les disputes du couple sont provoquées par le manque de

collaboration de son conjoint dans l'entretien de la maison, elle peut également faire une attribution de responsabilité concernant le fait que le manque d'ordre de son conjoint est dû à son désir intentionnel de contrôler la relation.

E. Attentes

Les *attentes* sont des inférences produites par les individus lorsqu'ils essaient de prédire les événements, y compris ceux qui arriveront à l'intérieur de leur relation de couple (Baucom *et al*., 1989 ; Epstein et Baucom, 2002). Ces prédictions sont formées communément par les expériences passées de l'individu à l'intérieur de la relation vécue avec son conjoint et des relations vécues avec les autres personnes de son entourage. De façon similaire au fonctionnement des attributions, la justesse d'une attente à l'intérieur d'un contexte précis peut varier. Les attentes aident normalement les individus à anticiper les réactions d'autrui et à évaluer quelle serait l'action la plus appropriée et la plus constructive à entreprendre en face de la situation anticipée. Cependant, des prédictions manquant de justesse peuvent mener à des réponses émotionnelles et comportementales inappropriées aux yeux d'autrui. Par exemple, lorsqu'un individu désire poser un geste affectueux envers son partenaire mais s'attend à une réponse négative ou de rejet de la part de ce dernier, il pourrait en résulter que l'individu se retire et se sente déprimé. Ce comportement amènerait à son tour le partenaire à se retirer de la relation, venant ainsi confirmer à l'individu que son partenaire n'est pas intéressé par un rapprochement affectif. Les schémas relativement stables peuvent former la base des attentes momentanées, comme lorsque le schéma d'attachement insécurisant d'un individu est activé par la présence d'un partenaire et qu'il produit l'attente que le partenaire rejettera son affection.

Selon Pretzer, Epstein et Fleming (1991), les individus qui ont de faibles attentes quant à leurs habiletés à résoudre efficacement leurs problèmes conjugaux se montrent davantage insatisfaits dans leur relation de couple et davantage déprimés que les individus ayant des attentes plus élevées. De façon similaire, Vanzetti, Notarius et Neesmith (1992) ont démontré que la détresse conjugale était associée à une plus grande quantité d'attentes négatives face à la capacité du couple de résoudre ses difficultés.

3. ÉVALUATION DES COGNITIONS

Les éléments clés du processus d'évaluation des cognitions à l'intérieur d'un couple consistent à vérifier le niveau de conscience de chacun des partenaires face à ses cognitions individuelles et à examiner la capacité du couple à suivre l'évolution de ses cognitions concernant sa relation tout en rapportant ses pensées de manière fiable. Une assomption de base en thérapie cognitive stipule que les clients sont généralement capables d'identifier et de rapporter les pensées automatiques qui les habitent et qu'une investigation attentive du thérapeute peut aider le client à prendre davantage conscience

de ses schémas (A.T. Beck *et al.*, 1979 ; J.S. Beck, 1995). Les cliniciens peuvent alors utiliser des méthodes d'investigation autorapportées comme les entrevues et les questionnaires afin de rassembler l'information nécessaire concernant les cognitions du couple à propos de sa relation. Toutefois, il est également reconnu que les habiletés des individus à suivre l'évolution de leur expérience intérieure varient considérablement. De plus, le fait que la cognition est un processus qui se réalise en majeure partie en dehors de la conscience est à considérer (Epstein et Baucom, 2002). Par exemple, l'évaluation que les individus font d'eux-mêmes peut être influencée lorsqu'ils sont exposés à des stimuli subliminaux suggérant une évaluation négative (Baldwin, 2005). De plus, selon Fincham, Garnier, Gano-Phillips et Osborne (1995), les couples en détresse conjugale prennent moins de temps que les autres couples à extraire de leurs souvenirs des informations négatives concernant leur partenaire. Malgré le fait que l'utilisation de telles méthodes sophistiquées en psychologie cognitive va au-delà de l'étendue de la pratique clinique, ces données suggèrent aux cliniciens d'être attentifs aux signaux non verbaux des partenaires indiquant qu'ils sont en train de traiter de façon inconsciente de l'information concernant l'autre et la relation. À de tels moments, si le thérapeute montre à ses clients comment porter attention à leurs pensées et à leurs émotions, les clients seront en mesure d'extraire des informations particulièrement significatives concernant leur processus cognitif en lien avec la relation de couple. De plus, les cliniciens peuvent guider les partenaires dans l'identification d'éléments ou de thèmes communs à plusieurs situations ayant provoqué des réponses émotionnelles similaires (p. ex., un sentiment de tristesse provoqué par plusieurs situations à l'intérieur desquelles l'individu essayait d'initier un contact physique affectueux auquel le partenaire n'a pas répondu positivement). La section suivante propose un aperçu des outils d'évaluation de base utilisés avec les couples en thérapie cognitive-comportementale (questionnaires, entrevues et observations comportementales) afin d'identifier les différentes cognitions entretenues par les partenaires.

3.1. Questionnaires d'évaluation des cognitions relationnelles

De façon générale, les questionnaires sont peu utilisés dans le processus d'évaluation des cognitions relationnelles entretenues par les couples. Par contre, ils peuvent se montrer très utiles, lorsqu'ils sont efficaces et qu'ils possèdent le potentiel de détecter des cognitions pouvant échapper au clinicien lors de l'entrevue clinique. La plupart des questionnaires existants évaluent les normes, les assomptions de même que les attributions. Sera présenté ici un bref aperçu de quelques questionnaires ayant une application clinique potentielle auprès des couples. Pour plus de détails, une description davantage étoffée de ces questionnaires se retrouve dans Epstein et Baucom (1990), dans Epstein et Baucom (2002) et dans Rathus et Sanderson (1999).

Développé par Epstein et Eidelson (1981 ; Eidelson et Epstein, 1982) le *Relationship Belief Inventory* (RBI) évalue cinq types de croyances potentiellement irréalistes ayant été identifiées dans la documentation clinique comme des sources courantes de conflit

et d'insatisfaction à l'intérieur des relations conjugales. Le questionnaire contenant 40 items inclut trois sous-échelles évaluant les assomptions ainsi que deux sous-échelles évaluant les normes. Les assomptions évaluées sont : 1) que les mésententes sont destructrices pour une relation ; 2) que les partenaires ne peuvent ni se changer l'un et l'autre ni changer la relation ; 3) que les problèmes relationnels sont dus à des différences innées entre les hommes et les femmes. Pour leur part, les normes évaluées sont : 1) qu'un individu doit deviner le contenu des pensées et des besoins de son partenaire ; 2) qu'un individu doit se montrer un parfait partenaire sexuel auprès de son conjoint. Malgré le fait que la fiabilité et la validité des sous-échelles du RBI varient selon les études, le questionnaire a été associé au niveau de détresse vécue par les couples ainsi qu'à d'autres indices du fonctionnement relationnel.

Développé par Baucom, Epstein, Rankin et Burnett (1996), l'*Inventory of Specific Standards* (ISRS) possède quant à lui 60 items et mesure les normes entretenues par les partenaires au sujet des comportements à adopter à l'intérieur de leur relation. Les normes sont mesurées selon la dimension des frontières, de l'investissement instrumental et expressif ainsi que du pouvoir et du contrôle. Les frontières font appel au niveau de partage et de solidarité mutuelle du couple versus le niveau d'autonomie existant entre les partenaires. L'investissement instrumental et expressif est caractérisé par la quantité de temps et d'énergie investie par les partenaires à l'intérieur du couple pour l'accomplissement de tâches pratiques et pour la communication du sentiment d'attachement à l'autre et du souci de le rendre heureux. Quant à elle, la dimension du pouvoir et du contrôle touche davantage à la répartition du pouvoir au sein du couple lors du processus de prise de décision. La spécificité de l'ISRS vient du fait que chacune de ces trois dimensions est évaluée à l'intérieur de douze aires de fonctionnement relationnel, telles les tâches ménagères, les activités de loisir, le travail, les interactions sexuelles, le rôle de parent et la communication. Chacune des questions est constituée de trois parties différentes : 1) le degré pour lequel le répondant croit que les caractéristiques énoncées correspondent à sa relation de couple ; 2) le degré de satisfaction de la personne concernant le façon dont la norme énoncée est appliquée à l'intérieur de la relation ; 3) le degré d'inconfort imaginé dans le cas où la norme énoncée ne serait pas appliquée à l'intérieur de la relation. Les sous-échelles concernant les frontières, l'investissement et le contrôle/pouvoir possèdent de façon générale une cohésion interne adéquate et un bon degré de validité démontré par les corrélations existantes entre le degré de satisfaction relationnelle et la qualité de la communication (Baucom *et al*., 1996).

Développée par Fincham et Bradbury (1992), la *Relationship Attribution Measure* (RAM), traduite et validée par Tremblay, Wright, Mamodhoussen, Côté et McDuff (à paraître) auprès d'un échantillon franco-québécois, évalue pour sa part les attributions de causalité et de responsabilité des individus concernant des situations hypothétiques pouvant se produire à l'intérieur de leur relation de couple. Les répondants lisent plusieurs brèves descriptions de comportements négatifs pouvant être adoptés par leur

conjoint (p. ex., « votre partenaire vous critique sur quelque chose que vous venez de dire ») et évaluent sur une échelle en points les facteurs associés à ces comportements. Certaines questions mesurent les attributions de causalité (p. ex., le degré pour lequel les comportements du partenaire sont causés par une caractéristique personnelle de ce dernier ; le degré pour lequel les causes du comportement du partenaire sont susceptibles de changer), d'autres mesurent les attributions de responsabilité (p. ex., le degré pour lequel le comportement du partenaire est motivé par des motifs égoïstes). Malgré le fait que le RAM questionne les partenaires sur des situations hypothétiques plutôt que sur des événements réels ayant eu lieu à l'intérieur de leur relation, le questionnaire se révèle être corrélé avec les attributions données à des situations vécues ainsi qu'au niveau de satisfaction conjugale des partenaires (Fincham et Bradbury, 1992). Dans l'étude de Tremblay *et al*. (2007), les coefficients alpha obtenus pour la version abrégée francophone du RAM sont équivalents à ceux obtenus pour la version anglaise. De plus, les auteurs ont trouvé que la satisfaction conjugale, la détresse psychologique, les problèmes interpersonnels et les attributions de l'autre conjoint sont liées aux attributions négatives des couples qui consultent en thérapie conjugale. Plus précisément, l'insatisfaction conjugale de l'homme et de la femme est la variable qui explique le mieux leurs attributions respectives. Tel qu'attendu, la force des relations pour les attributions des femmes est supérieure à celle pour les attributions des hommes.

Développé par Pretzer, Epstein et Fleming (1991), le *Marital Attitude Survey* (MAS) évalue plus largement les attributions à l'intérieur des problèmes relationnels vécus par le couple. Les attributions concernent : 1) les comportements et la personnalité de l'individu ; 2) les comportements et la personnalité du partenaire ; 3) les intentions malicieuses de l'autre ; 4) le manque d'amour du partenaire. De plus, le MAS inclut deux sous-échelles évaluant les attentes concernant les *capacités* du couple à résoudre ses difficultés et la *probabilité* qu'il y arrive. Les relations existant entre les sous-échelles du MAS et la détresse conjugale, la qualité de la communication ainsi que le niveau de dépression des partenaires confirment la validité et la cohésion interne du questionnaire.

Tous les instruments mentionnés ci-haut peuvent servir d'outils pour évaluer les cognitions des couples. Par contre, il n'existe pas encore de normes cliniques valides. Les cliniciens qui désirent utiliser ces instruments et les interpréter qualitativement doivent estimer les avantages potentiels que revêt l'identification de cognitions pouvant ne pas transparaître dans le discours des partenaires lors de l'entrevue en contrepartie au temps requis pour l'administration des questionnaires. Les thérapeutes qui se familiarisent avec ces instruments peuvent développer la capacité d'obtenir les mêmes informations à travers des entrevues systématiques avec les partenaires. Cependant, en cours de thérapie, le clinicien peut administrer certains instruments afin d'obtenir une évaluation des cognitions des partenaires et, ainsi, permettre l'adaptation des interventions visant à modifier ces cognitions en fonction des besoins du couple. Par exemple, les séances initiales avec un couple peuvent laisser supposer des différences dans les

normes des partenaires à l'égard des frontières existant entre eux. Le clinicien peut administrer l'ISRS pour identifier les facettes de la relation pour lesquelles les normes des partenaires diffèrent le plus.

3.2. Entrevues conjointes avec les partenaires

Tel que mentionné au chapitre 2, l'évaluation d'un couple débute par une entrevue conjointe avec les deux partenaires. Durant l'entrevue, les thèmes suivants sont abordés : 1) l'identification du problème actuel ; 2) l'historique de la relation ; 3) le fonctionnement actuel de la relation ; 4) l'élaboration initiale des objectifs de la thérapie ; 5) une brève présentation de ce qu'est la thérapie conjugale de type cognitive-comportementale (pour une description plus détaillée du processus d'évaluation initial, voir Epstein et Baucom, 2002, ainsi que le chapitre 4 du présent ouvrage). Lorsque le thérapeute questionne initialement les partenaires sur les raisons qui les motivent à consulter, il veille bien entendu à les regarder tour à tour et à discuter avec chacun d'eux, afin de s'assurer que les préoccupations et les objectifs des deux partenaires sont pris en compte dans l'évaluation initiale. Au moment où l'un des partenaires décrit le problème actuel, le thérapeute porte une attention particulière aux signes verbaux et non verbaux de l'autre partenaire. Le thérapeute s'applique à bloquer les interruptions en provenance de ce dernier et il veille à le questionner plus tard sur ses réactions face au discours entendu (s'il le juge nécessaire, le thérapeute peut établir des règles de base concernant l'expression successive de chacun). Par exemple, le thérapeute peut dire : « Jim, j'ai remarqué que l'expression de votre visage a changé lorsque Sarah disait qu'elle se sentait responsable des finances à l'intérieur de votre couple. Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous pensiez ou de ce que vous ressentiez à ce moment ? » Donc, une des techniques pour évaluer les cognitions des partenaires ainsi que les réponses émotionnelles qui y sont associées est de suivre l'évolution des réponses comportementales signalant un processus interne chez chacun des partenaires et d'amener ces derniers à faire une introspection à ce sujet le plus tôt possible après la réaction comportementale initiale. Cette approche peut être utilisée à plusieurs reprises à l'intérieur d'une même entrevue avec le couple et également à l'intérieur des entrevues subséquentes.

Le thérapeute peut également questionner directement les attributions des partenaires concernant les causes du problème présenté : « Lorsque vous pensez à cette situation qui vous préoccupe, quelle en est la cause ? » En ce qui concerne les attentes, le thérapeute peut poser la question suivante : « Lorsque vous pensez à cette situation qui vous préoccupe, quelle est la probabilité que vous arriviez tous les deux à diminuer son impact ou à faire en sorte qu'elle cesse ? »

Une fois les préoccupations du couple présentées, le thérapeute demande aux partenaires de raconter brièvement l'histoire de leur relation, en commençant par la façon dont ils se sont rencontrés, les circonstances positives et négatives vécues par chacun au moment de la rencontre, les caractéristiques qui les ont attirés mutuellement

l'un vers l'autre et les activités qu'ils partageaient durant le début de leur fréquentation. Ces informations concernant les caractéristiques des partenaires considérées comme attirantes aux yeux de chacun sont particulièrement utiles lorsque le thérapeute désire éprouver les attributions négatives du couple lors de sessions ultérieures. Par exemple, lorsqu'un individu mentionne qu'il fut attiré initialement par la confiance en soi et le caractère déterminé de son partenaire, le thérapeute amène l'individu à préciser quels comportements spécifiques du partenaire l'ont conduit à établir cette conclusion. Dans le cas où l'individu interpréterait éventuellement la tendance de son partenaire à argumenter fortement lors des discussions du couple comme un indice révélant une personnalité contrôlante, le thérapeute peut alors remémorer à l'individu le fait qu'il a été initialement attiré par la manière déterminée avec laquelle son partenaire prenait des décisions en général, sans toutefois que cela ne cause de conflit entre les deux partenaires. Dans ce cas, le thérapeute fait alors prendre conscience à l'individu que lorsque son partenaire a une attitude confiante et déterminée envers un sujet de discussion qui touche particulièrement leur relation, les mêmes caractéristiques qu'il considérait positives lui apparaissent maintenant tout à fait différentes. En effet, il arrive souvent que les membres d'un couple ne voient pas que la plupart des caractéristiques personnelles de chacun revêt tant un côté négatif que positif, provoquant alors des biais dans les attributions négatives entretenues à l'égard des actions du partenaire.

Également, au moment de l'entrevue conjointe avec les partenaires, le thérapeute interroge le couple concernant la période où les partenaires se sont engagés plus sérieusement l'un envers l'autre, en prenant soin d'investiguer les pensées et les émotions tant positives que négatives vécues par chacun durant cette période. Chacun est alors amené à se remémorer les assomptions qu'il entretenait à cette époque au sujet de la vie de couple à long terme avec l'autre. Le degré avec lequel ces assomptions ont été confirmées ou infirmées a habituellement un impact significatif sur la satisfaction des partenaires envers leur relation. Lorsqu'un individu rapporte qu'il ressentait initialement de l'anxiété face à son engagement envers son partenaire, ses souvenirs concernant ses attentes négatives à propos de la vie à deux peuvent alors être investigués. Par exemple, l'individu peut mentionner que son partenaire désirait avoir un style de vie qui demandait au couple d'être financièrement à l'aise, ce qui provoquait chez l'individu la peur que le partenaire fasse pression sur lui pour évoluer rapidement dans sa carrière et obtenir diverses promotions.

Le thérapeute demande également aux partenaires de décrire la qualité des relations qu'ils entretenaient au début de leur relation avec leur famille immédiate, avec la famille du conjoint, avec leurs amis et avec leurs collègues de travail. Le thérapeute questionne également les partenaires sur la présence d'influences significatives pouvant avoir eu un impact sur leur relation durant cette période (p. ex., stress relié au travail, maladie, etc.). Toutes les cognitions (tant antérieures qu'actuelles) associées à ces expériences relationnelles et situationnelles sont alors investiguées, car elles peuvent modeler positivement ou négativement les assomptions et les attentes générales à l'égard du

partenaire. Par exemple, une femme rapporta qu'au fur et à mesure qu'elle sentait grandir son attachement émotionnel envers son partenaire, elle décidait consciemment de lui divulguer davantage d'informations personnelles. Toutefois, lorsqu'elle lui confia qu'elle avait vécu antérieurement des problèmes d'embonpoint, son partenaire la critiqua en lui disant qu'elle manquait de contrôle personnel en lui révélant ceci et qu'il ne désirait plus qu'elle lui révèle quoi que ce soit d'aussi personnel, car cela le contrariait beaucoup. À la suite de cette discussion, cette femme s'attendit alors à ce que son partenaire fasse preuve de très peu d'empathie et de soutien émotionnel dans les moments difficiles qu'elle allait vivre subséquemment.

Une fois explorées les cognitions concernant les expériences relationnelles et situationnelles vécues au début de la relation de couple, le thérapeute explore ensuite avec le couple le moment où les partenaires ont décidé de se marier ou d'entreprendre un engagement similaire l'un envers l'autre. Les partenaires se remémorent alors la réaction de leurs proches face à leur engagement. Par exemple, un homme rapporta qu'au moment où il avait annoncé à la famille de sa partenaire son mariage prochain avec elle, le père de cette dernière répliqua : « J'espère que tu sauras te montrer un bon mari pour ma fille. » Cet homme interpréta alors la remarque de son beau-père comme un manque de confiance, l'amenant à se sentir très mal à l'aise en présence de ce dernier.

L'entrevue conjointe avec les partenaires se poursuit alors que le thérapeute demande au couple de décrire tout événement qui aurait affecté significativement leur relation à partir du moment où leur engagement fut consolidé (comme la naissance d'un enfant, un changement d'emploi, un déménagement, etc.). Chacun des partenaires est alors amené à décrire les premiers signes perçus lui suggérant le développement de difficultés à l'intérieur de la relation, la manière dont les partenaires ont tenté de résoudre ces difficultés et le résultat obtenu. Le thérapeute demande alors aux partenaires de décrire la signification personnelle qu'ils attribuaient à chacune de ces expériences. Par exemple, l'annonce de la venue d'un premier enfant peut être associée chez une personne à des attentes positives concernant la vie familiale (comme avoir l'image de prendre soin tendrement ensemble du nouveau-né) ou à des attentes plutôt négatives (comme avoir le sentiment que sa liberté personnelle disparaîtra lorsque l'enfant sera né).

Afin de contrer la tendance des partenaires à ne voir que les éléments négatifs de leur relation et afin de les aider à développer davantage les éléments positifs déjà présents au sein de leur relation, il est également important que le thérapeute évalue les forces du couple. Tel que mentionné précédemment, les caractéristiques ayant attiré initialement les partenaires l'un vers l'autre peuvent constituer des éléments positifs de la relation, de même que les succès (petits ou grands) vécus à l'intérieur de la relation (p. ex., élever les enfants, acquérir l'aisance financière désirée, bien gérer le poids que représente le fait de prendre soin d'un proche malade ou en perte d'autonomie, etc.). Il est très important d'investiguer les cognitions des partenaires au sujet des éléments

positifs de leur relation car, dans certains cas, les couples peuvent interpréter négativement ce que d'autres considéreraient comme des expériences positives. Par exemple, si un couple entretient la norme que « les partenaires doivent tous les deux être capable de gérer simultanément une maisonnée et un emploi tout en élevant deux enfants », les partenaires sont susceptibles de ne pas apprécier à sa juste valeur tout ce qu'ils ont accompli en collaboration l'un avec l'autre.

Quant au fonctionnement actuel de la relation, le thérapeute questionne les partenaires au sujet des demandes et des stresseurs qui les affectent, de la façon dont ils ont géré la situation jusqu'à maintenant, des ressources personnelles et des ressources du couple disponibles (p. ex., le soutien reçu de la part des membres de la famille élargie), du degré pour lequel ces ressources sont utilisées et du niveau de succès de leurs stratégies d'adaptation actuelles. Des exemples de cognitions de ce type incluent des perceptions sélectives (remarquer uniquement les stresseurs affectant la relation et ne pas prendre en compte les expériences positives du couple), ainsi que les normes irréalistes générant du stress (« nous devrions être beaucoup plus à l'aise financièrement que ce que nous sommes en ce moment. Donc, nous devrions investir davantage d'efforts et de temps dans nos carrières respectives afin de gagner davantage d'argent »). Également, certains couples entretiennent des normes qui contrecarrent l'utilisation des ressources disponibles. Par exemple, un couple croyant devoir être financièrement autosuffisant peut ressentir de l'embarras lorsqu'il doit demander de l'aide à son entourage.

Tel que décrit plus haut, une façon d'évaluer les cognitions du couple implique que le thérapeute questionne chacun des partenaires au sujet des signes extérieurs signalant une réaction interne manifestée à la suite d'un comportement ou du discours de son conjoint, du thérapeute ou de lui-même. De plus, le thérapeute est attentif aux cognitions spontanément verbalisées durant l'entrevue conjointe. Par exemple, il est fréquent que les partenaires expriment certaines des normes qu'ils entretiennent à propos de leur relation alors qu'ils discutent des difficultés qu'ils éprouvent actuellement dans la relation : « Nous sommes mariés et nous devrions être le meilleur ami de l'autre, alors pourquoi sort-il aussi souvent avec ses amis ? » De même, un individu peut révéler une assomption concernant la cause du comportement de son partenaire : « Elle m'interrompt toujours lorsque je suis en train d'exprimer mes opinions. C'est clair qu'elle se pense plus intelligente que moi et qu'elle croit que mes idées n'ont pas de mérite. »

Le thérapeute peut aussi questionner directement les partenaires au sujet de cognitions particulières, comme les facteurs ayant causé la difficulté actuelle du couple (c'est-à-dire leurs attributions). Dans certaines circonstances, le questionnement du thérapeute suit une interaction ayant eu lieu entre les partenaires. Par exemple : « Maurice, lorsque Wanda disait qu'elle voulait connaître davantage votre position concernant le fait d'avoir des enfants, j'ai remarqué que vous avez répondu ne pas vouloir en discuter maintenant. Pourriez-vous me dire quelles étaient les pensées qui

défilaient dans votre tête à ce moment et comment vous en êtes venu à la conclusion que vous ne vouliez pas en discuter maintenant ? » Cette question pourrait alors permettre à Maurice d'exprimer ses attentes à propos des conséquences négatives que provoquerait l'amorce d'une discussion avec Wanda sur ce sujet : « À chaque fois que nous parlons d'avoir des enfants, Wanda devient très émotive et tout ce que je lui dis vient la bouleverser encore davantage. Elle prend un bon moment avant de se calmer et si nous abordons le sujet maintenant, nous allons passer un moment très stressant dans la voiture tout à l'heure sur le chemin du retour. »

Évaluer les cognitions des partenaires durant une entrevue conjointe demande du tact et la conscience que les individus peuvent se sentir mal à l'aise tout en se montrant sur la défensive lorsqu'ils devront révéler des aspects de leurs pensées pouvant être identifiés comme irréalistes ou déformés. Contrairement à la thérapie individuelle, où le client est habituellement confiant que le thérapeute sera soutenant à son égard, dans la thérapie de couple, si le thérapeute envoie comme message que la cognition d'un des partenaires est déformée, cet individu peut être préoccupé de façon réaliste par le fait que son partenaire utilisera cet argument pour prouver que c'est l'autre qui a un problème et qui amène une difficulté au sein du couple. Par conséquent, si le thérapeute constate que l'un des partenaires (ou les deux) a tendance à blâmer l'autre et à avoir des comportements hostiles, il peut être nécessaire d'établir avec le couple des règles de base pour obtenir une « collaboration polie » afin de s'assurer que les séances de thérapie constitueront un endroit sécuritaire où les partenaires pourront explorer leurs pensées intimes, ainsi que leurs émotions. De plus, il est utile d'éviter à l'intérieur de la thérapie conjugale l'utilisation de termes ayant une connotation négative tels que « distorsion cognitive ». Il vaut mieux mettre l'emphase sur le fait que les pensées et les émotions vécues par tout individu sont de nature subjective en soi et qu'il est très important de vérifier si les conclusions et les inférences faites par la personne sont raisonnables. Le thérapeute peut alors utiliser une vignette présentant brièvement comment les attentes inadéquates d'un couple ont engendré une colère inappropriée et des critiques mutuelles afin de normaliser les erreurs d'inférence et d'aider le couple à se motiver à être attentif à la présence de telles attentes à l'intérieur de leur relation.

À titre d'exemple, prenons le cas de Jacques et Rita. Ils sont tous les deux dans le début de la quarantaine et il s'agit de leur second mariage. Chacun a démontré antérieurement des signes de résilience. En effet, Jacques a survécu à une enfance instable où il a été violenté et, pour sa part, Rita a su se sortir d'une union précédente où elle était violentée par un homme psychotique consommant diverses drogues et avec qui elle a eu deux enfants, maintenant adolescents. Puisque la stature physique de Jacques est très impressionnante (mesurant 1 m 85 et pesant près de 100 kg) et que sa voix très forte a tendance à dominer la conversation, le thérapeute s'est assuré, lors de l'entrevue individuelle avec Rita, que le risque de violence conjugale n'était pas présent (Rita a alors confirmé qu'elle n'avait pas peur de Jacques malgré sa stature imposante et sa

forte voix). Il va sans dire que, suite aux événements traumatisants qu'ils avaient vécus, Rita et Jacques entretiennent des attentes et des assomptions très spécifiques et tenaces. Toutefois, il semble qu'ils ont fait le bon choix de partenaire cette fois-ci, compte tenu du fait qu'ils peuvent maintenant apprendre à identifier et à aborder différemment certains thèmes reliés à la vie de couple (partage du pouvoir, limites et engagements). À cet effet, le thérapeute élabore des consignes afin de favoriser la collaboration entre Jacques et Rita lors de leurs discussions :

Vignette clinique – Rita et Jacques

Thérapeute : Décrivez-moi votre perception de ce qui s'est produit, comment cela vous a fait vous sentir et ce que vous en avez pensé. Je vais tenter de vous aider à vous donner chacun l'espace nécessaire afin que vous arriviez à vous exprimer librement. En effet, chacun de vous doit être en mesure de s'ouvrir sans se faire critiquer par la suite. Lorsque vous vous exprimez, tentez de ne pas blâmer votre partenaire. Cela contribuera grandement à créer une atmosphère sécurisante lors de nos rencontres.

Jacques et Rita acceptent promptement ces consignes, du moins en principe… en effet, car au moment où Rita commence à décrire qu'elle perçoit que les normes de Jacques sont trop élevés en regard à la contribution que doivent fournir les deux adolescents aux tâches ménagères, Jacques interrompt brusquement Rita en exprimant son désaccord avec une telle perception. Le thérapeute s'empresse alors d'intervenir :

Vignette clinique – Rita et Jacques

Thérapeute : Jacques, Rita est en train de nous décrire comment elle perçoit cet aspect très important de votre vie familiale, aspect que vous désirez tous les deux voir s'améliorer. En écoutant Rita, nous ne supposons pas qu'elle a entièrement raison. Vous avez tous les deux des points de vue importants en ce qui concerne cette situation que vous devrez développer, chacun à votre tour, durant nos entretiens. Est-ce que cette entente vous convient toujours ?

Jacques répond alors qu'il est toujours d'accord, qu'il a simplement peur que le thérapeute prenne tout ce que Rita dit pour la vérité. Il renchérit en disant qu'il a fait de réels efforts afin de s'entendre avec les enfants de Rita et de contribuer du mieux qu'il le pouvait à leur développement. Afin de rassurer Jacques, le thérapeute enchaîne alors en disant :

Vignette clinique – Rita et Jacques

Thérapeute : Je soupçonne que vous soyez concerné par le fait que je puisse vous percevoir comme un beau-père trop exigeant auprès des enfants de votre conjointe. Je serai heureux de vous donner mon point de vue à ce sujet ultérieurement. Cependant, ma première impression est que vous désirez tous deux créer de bonnes relations entre les membres de votre famille, mais que vous craignez d'être jugés par l'autre concernant vos compétences parentales.

Ce commentaire amène alors Rita à donner une description plus calme et détaillée de la dynamique familiale, des différences existant entre ses propres normes et celles de Jacques, des sentiments qu'elle éprouve face aux tensions familiales, ainsi que des attentes qu'elle entretient concernant les changements à apporter dans cette situation. Elle exprime également que son attitude contribue possiblement à surprotéger ses enfants car ces derniers ont vécu des moments très difficiles alors qu'elle était encore avec son ex-conjoint. Finalement, elle ajoute qu'elle tente malgré tout de ne pas choisir de se ranger uniquement du côté de ses enfants, qu'elle tente aussi de prendre en considération le point de vue de Jacques. Suite aux commentaires de Rita, le thérapeute ajoute :

Vignette clinique – Rita et Jacques

Thérapeute : Rita, je crois que Jacques et vous avez su jusqu'à maintenant démontrer des signes de confiance et d'ouverture envers l'expression des standards que chacune d'entre vous entretient face à l'éducation des enfants. Pour ma part, je ne suis pas ici pour juger vos standards et les qualifier d'irrationnels ou de déformés. Chacun de vous a développé les standards que vous entretenez en fonction de l'expérience de vie que vous avez. Le premier défi que pose votre démarche thérapeutique est d'exprimer tour à tour votre réalité telle que vous-même la percevez, et ce malgré qu'il puisse arriver que vous n'ayez pas la même perception de la réalité.

Jacques interrompt brusquement le thérapeute en exprimant qu'il ne croyait pas que Rita et lui puissent avoir tous les deux raison. Le thérapeute poursuit alors en disant :

Vignette clinique – Rita et Jacques

Thérapeute : Je crois que vous soulevez un point très important, Jacques : comment allez-vous faire pour établir des standards qui vous conviendront tous deux concernant la contribution des enfants aux tâches

ménagères ? J'espère vous aider à développer différentes stratégies qui vous permettront de rassembler diverses informations sur la situation actuelle pour ensuite analyser le pour et le contre des différentes approches que vous aurez établies afin de résoudre vos difficultés.

3.3. Entrevues individuelles

Les coûts et avantages potentiels d'évaluer les cognitions lors des entrevues individuelles ainsi que les règles à suivre sont exposés au chapitre 2. Une entrevue individuelle avec chacun des partenaires donne au thérapeute l'occasion de rassembler des informations importantes concernant les antécédents et le fonctionnement actuel propres à chacun des individus et pouvant expliquer en partie leur fonctionnement à l'intérieur de la relation.

Les informations pouvant être recueillies au cours d'entrevues individuelles et s'avérant pertinentes pour l'identification et la modification des cognitions problématiques du couple incluent les expériences vécues par un individu au sein de sa famille d'origine. La qualité de ces relations ainsi que la présence de stresseurs éminents ayant globalement affecté la famille (incapacités, problèmes financiers, situations d'abus) peuvent influencer la vision actuelle que se fait un individu au sujet du couple. Les différents aspects des antécédents du développement personnel de chacun sont également pertinents, tels que le niveau de succès à l'école et au travail, la qualité des relations conjugales antérieures, les formes de psychopathologie ainsi que le niveau de succès antérieur dans l'utilisation des ressources personnelles et environnementales. Ces expériences personnelles contribuent à former chez un individu les perceptions, les attributions, les attentes, les assomptions et les normes présentes dans leur relation de couple actuelle. Par exemple, Brian, le partenaire antérieur de Martin, a développé un problème de jeu compulsif et, par conséquent, a dépensé la majeure partie des économies du couple. Cette situation fut traumatisante pour Martin, car l'assomption de base qu'il entretenait concernant le fait qu'il pouvait faire confiance à son partenaire au sujet de leurs finances a été ébranlée de façon significative. C'est ainsi que par la suite, Martin s'est montré hypervigilant face aux croyances de son nouveau partenaire concernant l'argent à gagner, les économies et les dépenses, comportement qui frustrait et mettait en colère son nouveau partenaire.

Toutes les techniques décrites ci-dessus peuvent bien entendu être utilisées lors d'entrevues individuelles avec un client.

4. INTERVENTIONS POUR LA MODIFICATION DES COGNITIONS

Les objectifs principaux de l'intervention visant à modifier les cognitions sont : 1) augmenter le niveau de conscience des partenaires concernant les causalités circulaires présentes à l'intérieur de leurs interactions et la réduction de la pensée linéaire amenant les partenaires à se blâmer mutuellement ; 2) enseigner au couple les différents types de cognitions (attributions, normes, etc.) et leur démonter qu'elles sont subjectives et qu'elles peuvent être déformées ou inappropriées ; 3) améliorer, pour chacun des partenaires, sa capacité à suivre l'évolution de ses cognitions et à les associer avec ses propres réponses émotionnelles et comportementales ; 4) augmenter la compréhension mutuelle des partenaires face aux cognitions de l'autre ; 5) enseigner aux partenaires des techniques pour évaluer si leurs cognitions sont appropriées ou non. Tous ces objectifs ont comme mission première d'élargir la perspective que les partenaires entretiennent vis-à-vis de l'autre et de la relation (Epstein et Baucom, 2002). Quelques interventions demandent au thérapeute de discuter avec les partenaires afin de porter une attention directe sur la présence et la logique de certaines cognitions. D'autres interventions utilisent plutôt des moyens comportementaux visant à créer de nouvelles expériences afin de juger si les cognitions sont appropriées et valides. La partie qui suit décrit les différents types d'interventions pour la modification des cognitions des partenaires en thérapie conjugale de type cognitive-comportementale. Pour plus de détails, consulter Baucom et Epstein (1990), Epstein et Baucom (2002), ainsi que Rathus et Sanderson (1999).

4.1. Présentations didactiques éducationnelles

Le thérapeute a la possibilité d'introduire auprès du couple certaines informations nouvelles qui viendront modifier les cognitions des partenaires au sujet de leur relation en faisant des présentations didactiques (Epstein et Baucom, 2002). Un exemple d'une présentation semi-formelle serait la description de la nature et des types d'attributions et des attentes que les membres du couple peuvent entretenir à propos des comportements de chacun, tout comme les réactions émotionnelles et comportementales problématiques provoquées par des attributions erronées. Malgré le fait que le thérapeute peut utiliser des vignettes pour décrire des attributions hypothétiques et leurs conséquences, ce dernier peut également mettre l'emphase sur une attribution déjà existante et dévoilée au cours de la séance, en explorant avec le couple les signes permettant de l'identifier comme adéquate ou non. Par exemple, le thérapeute de Michèle et de Stéphane leur a fait part de l'attribution de Stéphane concernant les causes du comportement irritable de Michèle lorsque ce dernier désirait regarder un événement sportif à la télévision le soir d'avant. Stéphane avait inféré que Michèle était irritée parce qu'elle croyait que les activités culturelles qu'elle apprécie étaient supérieures aux événements sportifs que lui apprécie et qu'elle désirait que Stéphane réduise la quantité de temps passé à regarder les événements sportifs durant leurs moments de loisir. Le thérapeute a ensuite noté qu'il était important que les partenaires comprennent comment leur dispute a pu

dégénérer et que le fait d'examiner les attributions de Stéphane était un pas important vers cette compréhension. Lorsque le thérapeute a demandé à Michèle de décrire ses pensées et ses émotions lorsque Stéphane avait ouvert la télévision, elle a répondu qu'elle s'ennuyait du manque de temps passé avec Stéphane au cours de la dernière semaine, car leur horaire chargé les avait empêchés de se parler et d'être ensemble. Elle était simplement surprise et frustrée que Stéphane planifie de passer la soirée devant la télévision plutôt que de faire une activité avec elle. Généralement, elle ne déteste pas et ne dévalue pas l'intérêt de Stéphane pour les sports. De plus, elle mentionne qu'elle n'a pas l'habitude de se plaindre lorsque Stéphane regarde la télévision. Toutefois, durant cette soirée, elle se sentait particulièrement seule et elle avait besoin de recevoir de l'attention de la part de Stéphane. Le thérapeute a donc montré au couple à comparer les attributions négatives de Stéphane à l'information exprimée par Michèle concernant ses émotions et ses motivations. La présentation didactique concernant les caractéristiques et les conséquences des attributions a donc ensuite permis au thérapeute de montrer aux partenaires comment échanger de l'information afin de tester la validité d'une attribution négative, ce qui constitue une combinaison de changements cognitifs et comportementaux.

D'autres formes de présentations didactiques incluent le visionnement de vidéos éducatifs et la lecture de brefs articles sur des sujets particuliers concernant les relations de couple. Les vidéos tels que *Fighting for Your Marriage* de Markman, Stanley et Blumberg (2001) présentent tant de l'information au sujet de modèles destructeurs de communication que des explications détaillées concernant des habiletés d'expression et d'écoute constructives. Ces vidéos présentent des résultats de recherche et plusieurs témoignages de couples en regard à la valeur attribuée aux habiletés de communication à l'intérieur d'un couple. Également, ils démontrent clairement comment les couples peuvent appliquer concrètement ces habiletés à l'intérieur de leur relation. En visionnant ces vidéos, des changements cognitifs se produisent chez les partenaires et le couple repart avec une connaissance élargie et des attitudes nouvelles concernant les formes alternatives de communications.

De plus, les couples peuvent recevoir des articles psycho-éducatifs concis qui viendront augmenter leurs connaissances et remettre en question les stéréotypes populaires à propos de différents types de problèmes communément vécus par les couples. Par exemple, des organisations professionnelles telles que l'American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) et l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) ont produit une diversité de brochures décrivant les connaissances actuelles au sujet des caractéristiques et des causes de plusieurs problèmes vécus par l'un des conjoints (désordres affectifs, syndrome de stress posttraumatique, toxicomanie, etc.), ainsi que les interventions efficaces pour venir en aide aux couples en regard à ces problématiques. Par la lecture de ces brochures et en pouvant discuter du contenu avec le thérapeute, un individu qui souffre de symptômes précis peut mieux comprendre

ses difficultés et développer l'espoir de les surmonter. Cela a également comme conséquence d'augmenter le sentiment d'empathie du conjoint envers son partenaire qui éprouve des difficultés.

Par exemple, à la suite d'une réduction des effectifs à l'intérieur de la compagnie pour laquelle Carl travaille, ce dernier a subi une rétrogradation dans ses fonctions, ce qui a provoqué il y a quelques mois l'apparition chez Carl d'un épisode de dépression majeure. Il a déjà vécu deux épisodes de dépression antérieurement, mais c'était avant qu'il rencontre Martha, cinq ans plus tôt. Initialement, Martha s'est avérée d'un grand soutien pour Carl et encourageait beaucoup ce dernier. Toutefois, plus les symptômes de Carl persistaient, plus Martha devenait frustrée. Le couple a donc décidé d'entreprendre une thérapie au moment où la dépression de Carl est devenue une source de conflit au sein de leur couple. Le thérapeute a découvert que Martha n'avait jamais vécu de dépression et qu'elle entretenait la croyance qu'un travail acharné peut venir à bout de tous les obstacles dans la vie. Ses normes valorisaient l'autonomie et l'accomplissement. Martha supposait que si Carl avait une motivation suffisante et une volonté de fer, il pourrait réussir à dépasser ses symptômes et devenir plus actif dans la recherche de nouveaux objectifs à atteindre qui le rendrait plus satisfait. Dans le but d'augmenter l'empathie de Martha vis-à-vis la dépression de Carl et de décroître les difficultés vécues au sein du couple, le thérapeute a distribué aux partenaires une brochure sur les causes, les symptômes et les traitements de la dépression majeure. La brochure contenait des faits et des vignettes démontrant comment les symptômes comme ceux vécus par Carl n'étaient pas sous le contrôle motivationnel d'un individu et comment Martha pouvait soutenir son conjoint dans l'utilisation de techniques reliées à la thérapie cognitive et dans l'essai d'une médication. Le thérapeute a utilisé avec tact les informations contenues dans la brochure afin de mettre à l'épreuve les normes personnelles de Martha concernant le manque de volonté et de motivation de Carl pour dépasser ses symptômes de dépression.

4.2. Investigation sur les cognitions

Le thérapeute peut poser des questions au couple (ou uniquement à l'un des partenaires) concernant la présence de faits venant confirmer ou infirmer une cognition provoquant des symptômes de détresse (Epstein et Baucom, 2002). Dans le cas de Carl et de Martha décrit plus haut, le thérapeute demanda au couple de trouver des signes venant confirmer ou infirmer l'attribution de Martha concernant le manque de motivation et de volonté de Carl pour surmonter sa dépression. Le thérapeute demanda alors au couple de se référer à la brochure et également aux souvenirs qu'ils avaient concernant les efforts de Carl pour contrer ses symptômes. Martha et Carl ont trouvé l'information contenue dans la brochure suffisamment convaincante et ils en sont venus à comprendre un peu plus le fait que la plupart des personnes souffrant de dépression majeure vivent de la difficulté à surmonter les symptômes d'inertie et de désespoir provoqués par la dépression. De plus, Carl a rappelé à Martha qu'en dépit de son mauvais état, il ne

s'était presque pas absenté du travail depuis quelques mois. Pour sa part, Martha était d'accord pour dire que Carl a toujours été motivé à atteindre ses objectifs dans la vie et que c'est une des caractéristiques chez Carl qui l'avait séduite lors de leur rencontre. La reconnaissance de ces faits a donc provoqué chez Martha une reconsidération des assomptions qu'elle entretenait vis-à-vis de la persistance des symptômes de Carl.

Toutefois, si Carl et Martha avaient manifesté certains signes cliniques, le thérapeute aurait pu décider de ne pas leur poser de questions pour les amener à évaluer la validité de leurs cognitions. Par exemple, dans le cas où Carl aurait employé des stratégies passives d'adaptation venant prolonger la période dépressive, l'exploration de la validité des cognitions entretenues par Martha aurait probablement confirmé son hypothèse que les efforts consentis par Carl pour se sortir de sa dépression n'étaient pas suffisants. Également, dans le cas où le thérapeute aurait soupçonné Martha d'être très compétitive, cherchant à démontrer à tout prix que son conjoint était plus faible qu'elle, il aurait été fort probable que Martha ne reconnaîtrait pas les efforts de Carl pour résoudre ses problèmes, venant ainsi donner raison à Carl, qui croit que peu importe ce qu'il fait, cela n'est jamais assez pour Martha. Dans les deux cas, avant d'investiguer la validité des cognitions du couple sur cette thématique, le thérapeute aurait pu cibler pour commencer des croyances moins litigieuses pour le couple, ou il aurait pu aider le couple à effectuer tout d'abord des changements aux niveaux émotionnel et comportemental. Par exemple, après avoir félicité Carl pour ses efforts, le thérapeute soulignerait que les personnes souffrant de dépression peuvent être enclines à abandonner rapidement leurs efforts lorsqu'aucun progrès ne se manifeste et enseignerait au couple quelques notions au sujet de la dépression. Par la suite, le thérapeute inviterait le couple à amorcer une discussion visant la résolution de problèmes et les différentes options pouvant être appliquées par Carl, ou toute personne dépressive, lorsqu'il se sent découragé par ses efforts qui ne mènent à rien, ainsi que les options que Martha, ou tout partenaire d'une personne déprimée, peut appliquer en vue de lui offrir son soutien. Le fait de mettre l'emphase sur le rôle potentiel joué par Martha dans le rétablissement de Carl peut amener cette dernière à se montrer moins compétitive avec son conjoint.

4.3. Expérimentations comportementales pour la production d'informations nouvelles sur les cognitions

Une autre méthode pour investiguer la validité d'une cognition est de montrer au couple à créer des situations qui sont susceptibles de générer des informations nouvelles au sujet de cette cognition (Epstein et Baucom, 2002). Le thérapeute travaille donc avec le couple à élaborer des « expérimentations comportementales » qui les amèneront à investiguer la validité d'une cognition en prenant conscience d'éléments que les partenaires n'avaient jamais considérés jusqu'à maintenant. Ainsi, le couple peut être amené à tester les attentes d'un des partenaires à propos d'une situation particulière en vérifiant si ce qui a été prédit se réalisera. Par exemple, Ben a développé l'habitude de travailler à la

maison les soirs de la semaine ainsi que les fins de semaine sur des projets liés à son travail, et Sarah attend généralement que Ben sorte de son bureau avant d'interagir avec lui. Avec le temps, Sarah est devenue de plus en plus insatisfaite de cette situation, prenant en considération que l'horaire de travail de Ben empiétait beaucoup trop sur le temps qu'il prenait pour être avec elle. Les quelques fois où Sarah a exprimé à Ben son mécontentement, ce dernier s'est montré sur la défensive en disant qu'elle ne comprenait pas la pression constante qu'il vivait au travail. En se basant sur ces échanges déplaisants, Sarah a développé l'attente que chaque fois qu'elle tenterait de parler à Ben de son mécontentement face à cette situation, cela provoquerait une querelle au sein du couple.

Le thérapeute de Ben et de Sarah leur a d'abord fait prendre conscience à quel point ils pouvaient apprécier passer du temps ensemble antérieurement. Le thérapeute a ensuite souligné que la façon dont les partenaires parlaient de l'insatisfaction de Sarah augmentait les tensions dans le couple et qu'il existait peut-être une autre façon d'interagir qui les amènerait à trouver une solution acceptable, tant pour Sarah que pour Ben, concernant un équilibre entre le temps passé ensemble et le temps passé au travail. Étant donné que Sarah avait développé de fortes attentes concernant la possibilité d'une dispute après une discussion avec Ben à ce sujet, le défi pour le couple fut d'expérimenter une manière différente de discuter de cette situation qui viendrait infirmer les attentes de Sarah. Le thérapeute a donc demandé à chacun des partenaires d'identifier les aspects de leurs comportements habituels qui contribuaient à l'escalade dans leurs conflits pour ensuite proposer de nouveaux comportements. Ben disait se sentir attaqué par le langage de Sarah qui évoquait que ce dernier ne se préoccupait que de son travail et qu'elle se sentait seule. Ben amena l'idée que si Sarah démontrait un peu plus de compréhension face à la pression qu'il ressentait au travail, ce serait plus facile pour lui d'entendre le mécontentement de sa conjointe. Pour sa part, Sarah exprimait que la réponse défensive de Ben lui donnait l'impression qu'il ne se préoccupait pas du sentiment de solitude qui pouvait l'habiter et que cela contribuait à augmenter sa colère et son chagrin. En se basant sur ces descriptions, le thérapeute a alors montré au couple comment élaborer une expérimentation comportementale à l'intérieur de laquelle les partenaires décriraient chacun son tour leurs pensées et leurs émotions concernant la difficulté actuelle du couple. Alors que l'un des partenaires parlerait, l'autre écouterait attentivement tout en essayant de se concentrer sur l'expérience vécue par celui qui parle. Une fois que le premier partenaire a terminé de dire ce qu'il avait à dire, l'autre lui reflète ce qu'il a entendu en mettant l'emphase sur les pensées et les émotions vécues par le premier partenaire.

Cette expérimentation comportementale demande donc au couple d'appliquer des habiletés de base en communication qui lui permettront de valider ou d'infirmer les attentes négatives de Sarah en face de la réaction de Ben, alors qu'ils discutent de leurs difficultés. Le couple s'est finalement mis d'accord pour mettre en pratique

l'expérimentation. Afin de maximiser les chances de succès de l'exercice, le thérapeute a tout d'abord amené les partenaires à développer leurs habiletés de communication en discutant devant lui de sujets moins problématiques pour le couple.

Malgré le fait que les premières tentatives de communication entre Sarah ont parfois provoqué des moments de frustrations et de colère, le thérapeute leur signalait tout signe de progrès. Après quelques séances de pratique, Sarah et Ben affirmaient se sentir davantage compris par l'autre. Au fur et à mesure que Sarah constatait que les discussions avec Ben s'avéraient positives, ses attentes négatives concernant les tensions du couple se sont mises à changer progressivement. Bien que Sarah comprenne maintenant que l'occurrence plus fréquente de discussions positives n'est pas une garantie d'absence absolue de tensions éventuelles, l'expression mutuelle d'empathie entre Sarah et Ben a réussi à diminuer les prédictions négatives de Sarah, l'amenant à discuter plus souvent avec Ben de sujets délicats.

Le thérapeute doit choisir avec soin le moment où il introduira une intervention visant à modifier les cognitions d'un couple qui présente un risque élevé de conflits. Par exemple, tout comme Ben et Sarah, Henri et Catherine ont régulièrement des discussions conflictuelles au sujet des longues heures de travail d'Henri. Toutefois, contrairement à Ben, Henri travaille rarement à la maison et sa carrière lui demande de voyager à l'extérieur de la ville plusieurs fois par année, chacun de ces voyages pouvant durer plusieurs semaines. Depuis les trois dernières années de leur mariage (qui dure depuis huit ans maintenant), Henri sent que son attachement envers Catherine diminue, tant au niveau affectif qu'au niveau sexuel. Lors de la troisième entrevue, il admet qu'il n'est plus certain des sentiments qu'il éprouve envers sa conjointe. De son côté, Catherine a eu une carrière active avant la naissance du premier enfant du couple. Toutefois, afin de pouvoir éduquer leurs trois enfants, elle est maintenant femme au foyer à temps plein. Cette décision s'est prise d'un commun accord entre les deux conjoints. Lors des deux premières rencontres, Catherine exprime ouvertement son ressentiment et sa colère face au fait qu'Henri semble avoir changé d'idée quant à l'accord qu'ils avaient établi initialement lorsqu'ils ont décidé d'avoir des enfants. En effet, le couple s'était mis d'accord pour partager les tâches parentales afin de faciliter le retour éventuel de Catherine sur le marché du travail à temps partiel lorsque le plus jeune des enfants aurait atteint deux ans. Lorsqu'elle apprend à quel point Henri se sent ambivalent face aux sentiments qu'il éprouve pour elle, sa réaction émotionnelle est empreinte de sentiments de rejet et d'insécurité. Dans les rencontres suivantes, Catherine se montre beaucoup plus distante et renfermée. Pour sa part, Henri semble à l'aise d'avoir provoqué une dispute et, malgré le fait qu'il rapporte par moments vivre de la culpabilité à l'idée de causer la rupture de la cellule familiale, il ne semble pas prêter beaucoup d'attention à ses récents aveux au sujet de son ambivalence pour les sentiments qu'il entretient envers sa conjointe.

Tout au long des séances, le thérapeute observe que les assomptions, les normes, les attributions et les attentes que Catherine et Henri entretiennent vis-à-vis l'autre sont plutôt négatives et très fortes, contribuant à faire escalader leurs conflits. Par exemple, Catherine exprime spontanément des attributions négatives quant à la personnalité d'Henri, en le décrivant comme une personne égocentrique qui préfère son travail à sa famille parce qu'il y reçoit davantage de reconnaissance. Pour sa part, Henri rétorque que Catherine est dépendante, anxieuse et pessimiste. Bref, les deux partenaires ne semblent pas s'attendre à pouvoir discuter de leurs différends sans que l'autre s'emporte et qu'ils finissent tous deux par se disputer fortement.

Comme le premier mandat du processus thérapeutique avec ce couple est la gestion de l'ambivalence (voir le chapitre 4), le thérapeute travaille avec les conjoints durant les quatre premières rencontres à augmenter la compréhension de chacun face aux points critiques de la relation, à leurs émotions tant positives que négatives et à l'état de leurs cognitions. Le thérapeute aide également le couple à augmenter l'habileté de chacun à exprimer des émotions difficiles sans avoir à blâmer l'autre (voir les chapitres 2 et 4). Par exemple, après quelques séances de thérapie, Henri révèle à Catherine comment il en est venu à se sentir de plus en plus seul, triste et distant face à elle, alors qu'au début de la relation, il se sentait très proche d'elle et très amoureux. Cela vient alors confronter l'assomption de Catherine à l'effet qu'Henri soit un homme indépendant. En effet, Catherine est alors en mesure de constater qu'un processus de rupture affective s'est graduellement installé dans leur relation. À la suite de cette prise de conscience, le couple est amené à mettre en pratique diverses stratégies constructives de résolution de conflit. Une fois que Catherine et Henri ont fait preuve de progrès significatifs dans leur habileté à discuter de manière constructive de leurs conflits, le thérapeute élabore avec le couple des expérimentations comportementales afin de produire de l'information nouvelle au sujet des attributions et des attentes négatives centrales dans les conflits du couple. Henri et Catherine comprennent bien qu'avant de pouvoir appliquer seuls leurs nouvelles habiletés de communication, il est important de les pratiquer dans un environnement sécuritaire à l'intérieur des séances de thérapie.

4.4. Évaluation des avantages et des inconvénients d'une cognition

Lorsque le thérapeute enseigne à un couple à considérer les avantages et les inconvénients que représente le maintien d'une cognition, les partenaires peuvent alors prendre conscience que le prix à payer pour l'entretien de cette cognition est trop grand par rapport au gain qu'ils en retirent. Cette approche est basée sur le concept que, lorsque le gain est considéré comme suffisant, les individus s'accrochent à une certaine façon de penser sans jamais la remettre en question. Il ne suffit probablement pas de comprendre quel est le prix à payer pour des cognitions entretenues pendant de longues périodes de temps pour amener une personne à changer soudainement sa façon de penser. Toutefois, cela peut accroître la motivation de la personne à faire des efforts soutenus pour considérer d'autres points de vue.

Par exemple, à l'intérieur de leur thérapie de couple, Serena et Colin ont abordé les conflits qu'ils vivent au sujet de la gestion de leurs finances. Au tout début de leur mariage, puisque Colin avait davantage d'expérience dans ce domaine, il a insisté pour assumer la responsabilité de gérer les finances du couple et de prendre les décisions concernant leurs investissements financiers. Toutefois, malgré le fait que Serena était initialement d'accord avec cet arrangement, elle éprouvait de plus en plus de ressentiment à l'égard du contrôle exercé par Colin au niveau de leurs finances et commençait à s'inquiéter de l'impact que pourrait avoir son manque de connaissance en rapport à l'état de leurs finances dans le cas où Colin deviendrait invalide ou s'il venait à mourir. Durant les entrevues initiales, Colin exprima que sa préoccupation face à la sécurité financière avait été fortement influencée par les difficultés financières de la famille dans laquelle il avait grandi. En effet, ses parents ont fait faillite en raison de leur incapacité à bien gérer leur argent. Par conséquent, Colin a développé la croyance (norme) qu'il était crucial que l'un des partenaires soit compétent dans la planification et contrôle des finances du couple et qu'il assume cette responsabilité. En raison de la grande importance accordée par Colin à la sécurité financière, ce dernier a passé beaucoup de temps à s'intéresser à la question de l'investissement et à développer un sens de la maîtrise et du contrôle des finances. Également, comme Colin était une personne davantage préoccupée par les détails que Serena, il croyait donc que c'était lui qui devait prendre les décisions financières à l'intérieur du couple. Contrairement à Colin, Serena croyait de son côté que la prise de décision à l'intérieur d'un couple devrait se faire la plupart du temps de manière égalitaire, particulièrement en ce qui concerne des éléments de la vie de couple qui touchent les deux partenaires.

Le thérapeute de Serena et de Colin leur demanda de produire ensemble une liste des avantages et inconvénients que représentait l'adhésion du couple à la norme de Colin, à savoir que le partenaire le plus expérimenté devrait prendre les décisions en regard aux finances du couple. De même, le thérapeute demanda au couple de produire ensemble une telle liste en rapport avec la norme de Serena concernant un partage plutôt égalitaire de la prise de décision au sujet des finances du couple. Un des avantages que Colin a rapidement identifiés en regard à ses propres normes est que le partenaire le plus expérimenté peut agir plus rapidement lorsqu'une nouvelle opportunité d'investissement se présente, n'ayant pas à consulter l'autre avant d'agir. Il était bien entendu plus facile pour Serena d'identifier les inconvénients de la norme entretenue par Colin : elle ne se sentait pas respectée par lui et elle se trouvait dans une position où son pouvoir de décision n'était pas du tout pris en considération à l'intérieur de la relation. Au fur et à mesure de l'exercice, le thérapeute suggéra des avantages et des désavantages que le couple semblait ne pas prendre en considération. Un des avantages pour Colin d'entretenir cette norme était la réduction de son anxiété en rapport au développement de problèmes financiers similaires à ce qu'avaient vécu ses parents.

À l'intérieur du modèle de thérapie conjugale cognitive-comportementale, le thérapeute encourage chaque conjoint à exprimer tous les avantages et inconvénients, tant au niveau émotionnel qu'au niveau cognitif et stratégique. Chez Serena et Colin, il s'avéra que plusieurs pour et contre importants étaient formés d'un mélange de cognitions et d'émotions (Serena : ressentiment [colère], inquiétude [anxiété], non-respect [blessée, colère, tristesse] et impuissance [anxiété, dépression] ; Colin : anxiété, sentiment de contrôle et de maîtrise [relation]). Cette stratégie ne se limite pas à dresser une liste télégraphique des avantages et inconvénients, mais elle requiert que le thérapeute questionne le couple afin de le guider vers des éléments de réponse, qu'il démontre beaucoup d'empathie, qu'il synthétise les éléments de discussion et qu'il recadre parfois les discussions afin d'éviter les blâmes et les critiques (voir les chapitres 2 et 4). En fait, le thérapeute utilise alors différentes stratégies cognitives qui viendront stimuler la pensée relationnelle du couple et accroître la conscience de soi des partenaires.

Une fois cet exercice terminé, le thérapeute amena le couple à élaborer une nouvelle norme concernant la gestion de leurs finances. Ce dernier intégrerait certains aspects des normes de chacun, tout en mettant l'accent le plus possible sur les avantages qu'il procurerait aux deux partenaires, et diminuerait au minimum les désavantages. Le thérapeute facilita ce processus en amenant les partenaires à pratiquer les habiletés d'expression et d'écoute empathique au cours des premières séances, afin d'accroître leur capacité à comprendre les sentiments de l'autre lors de la prise de décision.

Serena fut donc capable d'empathiser avec la peur de Colin qui l'avait motivé à agir de manière contrôlante au sujet des finances du couple. Pour sa part, Colin fut capable d'empathiser avec le sentiment de Serena de ne pas se sentir respectée et traitée en égale par lui. Par conséquent, le couple fut capable d'élaborer une norme intégrée : « Du fait que Colin a davantage d'expérience à ce niveau et qu'il s'intéresse davantage aux finances, c'est lui qui va généralement proposer des options possibles pour l'investissement de notre argent. En dehors des décisions à prendre concernant les achats quotidiens, toutes décisions concernant nos finances devront maintenant être discutées. Colin pourra apporter toutes les informations dont il dispose sur le sujet, mais chacun de nous aura son mot à dire dans le processus de prise de décision. » Comme cette nouvelle norme amenait le niveau de contrôle de Colin à diminuer, ce dernier était susceptible de ressentir de l'anxiété. Le thérapeute proposa donc au couple d'expérimenter semaine après semaine la mise en pratique de cette nouvelle norme, évaluant lors de chacune des séances de thérapie les résultats de cette expérimentation.

4.5. Considérer le pire scénario prédit par les attentes négatives

Un des problèmes concernant les attentes négatives est que les peurs s'en trouvent exagérées, parfois à un point catastrophique (A.T. Beck *et al.*, 1979 ; J.S. Beck, 1995 ; Epstein et Baucom, 2002). Par conséquent, un des éléments clés de la restructuration cognitive est l'élaboration du pire scénario que le couple puisse imaginer, le travail du

thérapeute étant d'assister les partenaires dans la recherche de la logique et des faits en rapport avec ce scénario. Le but est alors d'amener le couple à considérer un scénario plus réaliste et raisonnable (Epstein et Baucom, 2002). De plus, de par le fait que le stress dépend non seulement de la perception d'un danger mais également de l'évaluation que fait un individu de sa capacité à gérer les conséquences négatives d'une situation, l'évaluation et l'intervention des attentes négatives doit mettre également l'emphase sur les cognitions des partenaires au sujet de leur capacité à gérer les conséquences négatives d'une situation et à s'y adapter. Les interventions peuvent donc viser les évaluations irréalistes des dangers courus ou de la capacité de l'individu à gérer les conséquences négatives d'une situation.

Par exemple, lors de la première entrevue avec leur thérapeute, Maija et Daniel ont mentionné qu'à chaque fois qu'ils discutaient ensemble, ils ne pouvaient faire autrement que se disputer. Par conséquent, ils s'éloignaient l'un de l'autre pour ne pas se disputer davantage. Lorsque le thérapeute demanda à chacun d'eux de décrire le pire scénario qui pourrait arriver dans le cas où ils ne s'éloigneraient pas au moment où une dispute débute, Maija et Daniel exprimèrent des attentes négatives différentes. Pour sa part, Daniel croyait que plus il tenterait d'exprimer son point de vue à Maija, plus elle argumenterait de manière irrationnelle et plus il deviendrait frustré, au point de ne plus être capable de manger, de dormir ou de se concentrer sur quoi que ce soit d'autre. De son côté, Maija s'attendait à ce que Daniel hausse rapidement le ton, que son visage s'empourpre et qu'il gesticule de manière agressive, jusqu'à ce qu'elle lâche prise. Le thérapeute expliqua au couple que leurs points de vue étaient différents à certains égards mais qu'ils impliquaient tous deux une escalade des sentiments de frustration et de colère. Il était donc facile de comprendre pourquoi ils choisissaient de s'éloigner l'un de l'autre lorsqu'ils se rendaient compte qu'ils étaient en train de se disputer.

Le thérapeute ajouta qu'aussi longtemps que Maija et Daniel s'attendaient à ce que ces scénarios se produisent de façon inévitable, ils continueraient à s'éloigner l'un de l'autre lors de disputes et échoueraient à résoudre les tensions qui les habitent. L'élément clé était alors d'amener les partenaires à diminuer leur préoccupation concernant le développement d'un conflit à l'intérieur d'une discussion en évaluant dans quelle mesure les scénarios imaginés étaient réellement inévitables et dans quelle mesure le couple était capable de créer des scénarios plus positifs. Tout d'abord, le thérapeute demanda au couple de se remémorer un moment où les partenaires avaient discuté d'un sujet susceptible de provoquer des désaccords entre eux, sans pour autant s'éloigner ou se disputer au point de craindre le pire. Lorsque ce moment fut identifié, le thérapeute tenta d'identifier les caractéristiques qui différenciaient cette situation de celles ayant eu moins de succès. Afin de faciliter les discussions ultérieures du couple, le thérapeute prit alors le temps d'expliquer au couple le concept de « spécificité du comportement en fonction de la situation » et la possibilité d'accroître potentiellement les conditions ayant contribué à la conclusion positive de cette discussion.

Cependant, il est possible que l'éloignement de Maija et de Daniel lors d'une dispute soit devenu une réaction tellement automatique qu'ils ne sont plus en mesure d'identifier des moments où ils arrivent à discuter plus calmement. Par conséquent, le thérapeute devra amener les partenaires à travailler leurs habiletés de communication et de résolution de problème, s'entraînant tout d'abord avec des sujets de discussion plutôt anodins pour ensuite aborder des sujets susceptibles de provoquer des tensions au sein du couple. Chacune des discussions est alors présentée comme une expérimentation comportementale ayant pour but d'évaluer s'il est vrai que les partenaires ne peuvent réussir à s'engager dans une discussion constructive et productive. Le thérapeute encourage fréquemment les partenaires en leur donnant du feedback positif pour chacune des fois où ils arrivent à s'exprimer de façon constructive et empathique, collaborant à la création de solutions de rechange lorsqu'ils font face à un problème. Les interventions cognitives et comportementales sont donc intégrées en modifiant les attentes négatives du couple.

4.6. Interventions visant à augmenter la pensée relationnelle

Tel que décrit plus haut, les couples en détresse ont tendance à considérer leurs problèmes de façon linéaire, se blâmant souvent l'un l'autre plutôt que d'identifier les éléments pour lesquels chacun des partenaires contribuent au problème et de décrire les changements que chacun pourrait apporter afin de solutionner le problème. Le thérapeute peut alors utiliser un éventail d'interventions visant à accroître la pensée relationnelle des partenaires.

Marie et David sont mariés depuis vingt ans. Au départ, chacun a été attiré par des traits de l'autre qu'il ne possédait pas. Marie, qui n'avait pas une très forte estime d'elle-même, aimait l'assurance, la maturité, le niveau de détermination et la responsabilité financière de David. Pour sa part, David, qui avait tendance à être intellectuel, appréciait la facilité qu'avait Marie d'accéder à ses émotions, ainsi que son côté romantique et passionné. Ayant deux adolescents et deux carrières stressantes, ils ont finalement consulté un thérapeute après plusieurs années à se sentir près de la séparation, à la suite d'intenses conflits relatifs à la gestion des finances (« il est très contrôlant », « elle est trop irresponsable ») ainsi que du temps de loisirs (« elle passe trop de temps avec sa famille et à son club de danse », « il est devenu vieux prématurément et il ne sait plus se laisser aller, mais cela ne m'arrêtera pas, et il sait que je lui serai toujours fidèle »). À la suite de quatre séances consacrées à l'évaluation et de deux séances visant à accroître le niveau de conscience du couple concernant leurs patrons généraux d'interaction à l'aide de la technique cognitive présentée à la section 4.7 (Augmentation du niveau de conscience des partenaires de leurs comportements généraux découlant de situations diverses), le couple a été capable de saisir (au moins lors de périodes de 30 minutes ayant lieu vers la fin de la séance de thérapie) la nature circulaire de leurs conflits, telle que décrite dans la séquence d'interaction présentée au tableau 6.1 :

TABLEAU 6.1
Démonstration de la circularité entre les comportements, cognitions et émotions chez un couple à haut niveau de conflit

Conjoint	Type	Manifestations
1. David	Événement	Il reçoit la nouvelle de son congédiement.
2. David	Émotion	Panique et culpabilité.
3. David	Cognition	Je dois protéger ma famille.
4. David	Comportement	« Nous devons parler tout de suite du budget. »
5. Marie	Cognition	Il veut me contrôler ; il est trop alarmiste ; il a plus d'un million de dollars à la banque.
6. Marie	Émotion	Colère.
7. Marie	Comportement	Elle critique David pour le choix du moment de la discussion (elle est dans une période affairée au travail et elle a un spectacle de danse dans la soirée).
8. David	Cognition	Elle se préoccupe plus de son travail et de sa danse que de vouloir sauver notre sécurité financière. Elle n'apprécie pas tous les sacrifices que j'ai faits.
9. David	Émotions	Colère et désespoir.
10. David	Comportement	Silence glacial.
11. Marie	Cognition	Il est encore dans une de ses périodes dépressives ; il peut contrôler ses réactions ; il essaie de me manipuler.
12. Marie	Émotions	Anxieuse d'avoir à vivre une autre dispute et de voir que les deux seront entraînés dans une spirale psychologique négative.
13. Marie	Cognition	Je vais tenter de le convaincre de reporter la discussion à demain.
14. Marie	Comportement	« Ça ne peut pas aller si mal, nous pouvons en discuter demain. »
15. David	Comportement	« Tu es simplement trop centrée sur ton propre monde » (d'une voix dure).
16. Marie	Comportement	« Pas un autre *down*. Je pensais que tu en avais fini avec tes changements d'humeur » (d'une voix perçante).

À la suite de ce type d'escalade qui a eu lieu au début de la séance 7, le thérapeute, qui avait filmé l'interaction, avec le consentement des conjoints, a décidé de ne pas leur donner de feedback en visionnant la vidéo. Il a préféré attendre que les habiletés de communication des conjoints se soient améliorées. Donc, il a fait cesser momentanément cette discussion houleuse et leur a demandé : « Si on faisait jouer le vidéo, qu'est-ce que nous verrions ? » Les deux conjoints ont commencé par des descriptions linéaires du

comportement de l'autre, qu'ils ont trouvé offensant. Ils prétendaient ne pas être responsables de leur propre réaction puisque « il/elle m'a poussée à agir ainsi ». Le thérapeute est alors intervenu en leur disant : « Si vous vous souvenez de nos deux séances précédentes, je crois que vos résumés montrent qu'il y a un très grand nombre de sentiments et de pensées que vous omettez. Si vous mentionnez seulement les comportements ou ce que vous percevez en surface, vous perdez 70 % de la situation. De plus, vos descriptions ont omis de montrer comment le conflit qui s'est envenimé ressemble à une chaîne ou à une réaction circulaire. Essayons de comprendre ces liens. Sans blâmer l'autre, pouvez-vous nommer la variété d'émotions que vous avez personnellement expérimentées lorsque cette escalade s'est développée ? » Les deux conjoints ont offert des descriptions assez précises avec l'aide des stratégies du clinicien décrites ci-dessous.

Le clinicien leur a dit : « De quelle façon interprétez-vous ce qui est arrivé ? » Ils ont de nouveau fourni des rapports assez précis de leurs cognitions, en s'adressant directement au clinicien. Le clinicien leur a alors demandé de reprendre leur discussion, mais en essayant de prêter une attention particulière à leur propre comportement dans la séquence d'interaction, car ils auront à fournir un compte rendu de ce qui est arrivé. Initialement, le clinicien peut juger important de fournir du feedback au couple quant aux séquences d'interaction qu'il a observées. Progressivement, les partenaires développeront leurs propres habiletés à identifier et à rapporter leurs patrons de comportements. Une fois que Marie et David ont fourni des descriptions adéquates de leurs propres contributions au fonctionnement circulaire de leur relation, le clinicien a demandé à chacun de discuter des directions possibles que l'interaction aurait pu prendre, s'il ou elle avait agi différemment à un certain moment (Epstein et Baucom, 2002).

Une fois qu'ils ont pu générer des alternatives positives, le clinicien leur a demandé de « rejouer » une interaction en se comportant intentionnellement d'une façon différente afin de susciter un autre dénouement à la conversation. Par exemple, s'ils avaient à traverser un nouvel événement stressant, en s'exerçant à identifier leurs cognitions et leurs émotions, qu'est-ce qui arriverait au juste ? Quels sont mes sentiments ? Quelle est mon autoconversation ? Comment puis-je approcher cette situation en utilisant une nouvelle façon de faire avec mon conjoint ? Les cliniciens peuvent aussi augmenter la pensée relationnelle du couple en enregistrant leurs interactions sur magnétoscope et en les rejouant. Ainsi, les conjoints peuvent se placer dans des rôles d'observateurs extérieurs de leurs patrons de fonctionnement. Cependant, selon notre expérience, le choix du moment des rétroactions vidéo et le choix du segment visionné doivent être faits soigneusement, en tenant compte d'une variété de facteurs, tels que l'estime de soi de chaque conjoint et les progrès accomplis vers l'atteinte de leurs objectifs. Étant donné que David avait des antécédents d'épisodes dépressifs et que Marie avait des antécédents de problèmes avec la gestion de l'anxiété, il y avait un risque qu'en voyant leurs difficultés sur l'écran, cela puisse réactiver les émotions anxieuses de Marie et dépressives de David, rendant ainsi difficile l'augmentation de leur pensée rationnelle.

Toutefois, après une seule séance de rétroaction vidéo, les conjoints ont démontré une amélioration considérable de leurs habiletés à prévenir et à arrêter leur patron d'interaction négatif circulaire durant les séances.

4.7. Augmentation du niveau de conscience des partenaires de leurs comportements généraux découlant de situations diverses

Il arrive souvent que les couples en détresse se sentent dépassés par leurs problèmes relationnels, car ils ont l'impression qu'ils n'arriveront pas à résoudre la multitude de difficultés qui les assaillent. Toutefois, la grande majorité des problèmes et des conflits à l'intérieur d'un couple peut généralement être réduite à quelques thèmes centraux qui se répètent à l'intérieur de différentes variantes. Par exemple, Epstein et Baucom (2002) ainsi que les chapitres 1, 2 et 4 du présent ouvrage ont décrit certains thèmes généraux, tels que les frontières, l'investissement relationnel et la distribution du pouvoir au sein du couple, reflétés dans diverses interactions spécifiques entre les partenaires. Le thérapeute peut alors aider les partenaires à faire diminuer leur anxiété en les habilitant à percevoir les mécanismes et les thèmes répétitifs qui se présentent à l'intérieur de leurs différentes préoccupations. Le thérapeute aide donc le couple à établir des stratégies visant l'identification des mécanismes et des thèmes généraux reliés aux problèmes spécifiques vécus par les partenaires. Le thérapeute habilite ensuite le couple à intervenir efficacement sur ces problèmes, en fonction des mécanismes et des thèmes généraux préalablement identifiés.

À titre d'exemple, Camille et Lydia se sont plaintes à leur thérapeute qu'elles vivaient des conflits de façon régulière et qu'elles percevaient que « pas mal tout entre nous va mal ». Cependant, lorsque le thérapeute leur a demandé de tenir un journal décrivant les différents conflits vécus durant la semaine, l'information recueillie indiquait que le thème principal de leurs conflits portait sur la différence des normes entretenues par chacune concernant la fréquence des démonstrations d'amour reçues et la manière dont chacune traduisait son amour à l'autre. Camille mettait davantage l'emphase sur les formes instrumentales de l'investissement de chacune au sein de leur couple, ce qui l'entraînait à tenter de rendre la vie plus facile à Lydia en lui accordant plusieurs faveurs. Camille exprimait également qu'elle pensait à Lydia plus fréquemment qu'elle ne le lui manifestait directement et que Lydia devrait savoir que, dans les moments où elle ne lui exprime pas ouvertement son amour, cela ne signifie pas qu'elle ne l'aime plus. Au contraire, Lydia mettait davantage l'emphase sur la communication des pensées et des émotions au sein du couple et sur l'expression mutuelle du soutien émotif.

Le thérapeute du couple guida alors les partenaires dans l'identification de ce thème récurrent concernant la façon de chacune d'exprimer son affection à l'autre à l'intérieur des différents conflits s'étant produits durant la semaine. Plus Camille et Lydia apprenaient à se rejoindre dans leur façon de percevoir leurs problèmes, moins

elles se sentaient dépassées par l'ampleur de leurs difficultés. Elles prirent toutefois conscience qu'elles avaient une difficulté majeure à résoudre concernant cette thématique récurrente dans leur conflit. Les séances de thérapie subséquentes ont mis l'accent sur la reconnaissance des mécanismes récurrents dans leurs échanges lorsqu'elles abordaient un sujet relié à cette thématique. Les partenaires ont alors été amenées à considérer les avantages et les inconvénients que représentait le fait de s'accrocher à leur définition personnelle d'un comportement traduisant l'affection et l'amour, plutôt que d'accepter que l'expression des sentiments affectueux peut prendre de multiples formes. Le thérapeute a ensuite conduit le couple vers l'utilisation d'habiletés de résolution de problème afin d'élaborer des moyens pour que chacune puisse exprimer son affection de la manière désirée par l'autre.

4.8. L'intégration des interventions cognitives, comportementales et affectives afin de modifier les cognitions

Les interventions mentionnées ci-dessus varient dans le degré d'utilisation des méthodes cognitives (p. ex., analyse logique) et comportementales (p. ex., habiletés de communication et expérimentations comportementales) afin d'élargir la perception que les individus ont d'eux-mêmes, de leur partenaire et de leurs relations, De plus, certaines interventions mettant l'emphase sur la prise de conscience des émotions sous-jacentes et de leur expression jouent un rôle clé dans la modification des cognitions des partenaires (Epstein et Baucom, 2002 ; chapitre 4). Par exemple, certains individus interprètent la réponse émotionnelle négative qu'ils ont à l'égard de leur partenaire ou de leur relation comme un signe que quelque chose ne va pas. Les thérapeutes d'approche cognitive (tel que J.S. Beck, 1995) ont donné à ces interprétations le nom de « raisonnement émotif » (*emotional reasoning*) et insistent sur l'importance d'amener les clients à considérer des interprétations davantage modérées. À l'intérieur de la thérapie de couple d'approche cognitive-comportementale, les partenaires sont amenés à voir leurs émotions négatives comme un signe de préoccupations importantes qu'ils auraient avantage à prendre au sérieux. Le couple comprend alors que la force d'une émotion dépend des pensées qui y sont associées, qu'une pensée très négative cache souvent des éléments irréalistes et que les émotions fortes peuvent apparaître en réponse à des situations difficiles pour lesquelles il est possible de trouver une solution. Le rôle que jouent les attentes catastrophiques, les attributions inadéquates ainsi que les normes perfectionnistes dans l'éveil d'émotions négatives est décrit aux partenaires. L'éventail des techniques cognitives restructurantes décrites plus tôt est utilisé afin de réduire les émotions fortement négatives où les partenaires voient un signe de mauvaise relation. De plus, les couples peuvent apprendre à réaliser eux-mêmes des exercices entraînant une réponse émotionnelle modérée.

Par ailleurs, les couples interprètent parfois une absence d'émotions comme le signe d'une relation sans espoir. Par exemple, l'insatisfaction chronique vécue durant les dix dernières années par Paul et Catherine concernant certains aspects de leur relation

a mis à plat leur attachement émotif mutuel. Le contenu de leurs attributions concernant ce manque d'affect l'un envers l'autre reflète une perte d'amour et d'affection réciproque, et ils sont convaincus qu'ils ne peuvent rien changer à cet état de fait. Afin de conscientiser davantage les partenaires face à leurs états émotifs et de les amener à s'exprimer mutuellement à ce sujet, Epstein et Baucom (2002) décrivent une série d'interventions visant 1) à demander à un individu plutôt inhibé sur le plan émotif de décrire à son partenaire les émotions qu'il vit ; 2) à déceler les indices signalant indirectement la présence d'une émotion chez l'autre ; 3) à sélectionner dans une liste les émotions qui représentent bien l'expérience vécue ; 4) à décrire des hypothèses concernant les émotions sous-jacentes à un comportement ou à un commentaire ; 5) à renforcer un état émotif par la répétition de phrases ou la visualisation d'images associées avec cette émotion. Une description détaillée de ces procédures déborde les objectifs de ce chapitre. Toutefois, elles doivent être considérées comme des outils importants afin d'intervenir efficacement pour contrer l'effet des émotions négatives sur les cognitions des individus au sujet de leurs relations. Dans le cas de Paul et de Catherine, de telles interventions les ont aidés à mieux ressentir la tristesse que suscitait en eux la perte de leur force d'attraction mutuelle et la diminution du sentiment d'affection qui les avait initialement liés ensemble. Également, Paul et Catherine ont pu mieux ressentir toute la colère accumulée au fil des années concernant les comportements blessants qu'ils ont eu l'un envers l'autre. La prise de conscience de la présence de ces émotions a donc amené le couple à conclure qu'un lien existait toujours entre eux et qu'il était important qu'ils y portent une attention particulière.

Toutes les stratégies cognitives mentionnées précédemment s'appliquent aux tensions pouvant être vécues à l'intérieur d'un couple au sujet de l'éducation des enfants ainsi que des interactions familiales. L'intégration d'interventions tant cognitive que comportementale et affective dans le travail de modification des cognitions est une stratégie particulièrement puissante lorsqu'on la combine à des interventions familiales. Par exemple, Mia (née au Japon) et Denis (né au Québec) sont mariés depuis quatre ans. Ils ont une petite fille âgée de trois ans et Mia est enceinte d'un second enfant depuis cinq mois. Mia et Denis ont décidé de consulter un thérapeute conjugal, car ils éprouvent des difficultés relationnelles depuis quelque temps. En effet, le couple n'arrive pas à s'entendre sur les normes à adopter dans l'éducation de ses enfants. Cela provoque donc de fréquentes disputes entre Mia et Denis. D'un côté, Mia insiste pour que sa fille Sarah ne regarde que des émissions de télévision ayant une valeur éducative et qu'elle ne mange que des aliments exempts de sucres artificiels. Également, malgré l'âge de Sarah, Mia continue d'allaiter sa fille, refusant de la faire garder ou de l'envoyer à la garderie sous prétexte que l'enfant n'est pas prête à vivre cette expérience. Pour sa part, Denis croit qu'en quantité raisonnable, les enfants ont le droit de manger du dessert et de regarder des émissions de télévision qui n'ont pas nécessairement un caractère éducatif. Également, Denis souhaite que Mia cesse de donner le sein à Sarah et qu'elle travaille avec lui à développer l'autonomie de leur fille afin que cette dernière ne se sente pas déstabilisée par l'arrivée du deuxième enfant. Lors de l'entrevue individuelle

avec Mia, il appert que les normes de la jeune femme au sujet de l'éducation des enfants proviennent en partie de son bagage socioculturel, d'un trait de personnalité perfectionniste ainsi que du sentiment d'insécurité provoqué par la peur de ne pas être une bonne mère (lorsque Mia était enfant, son père était absent et sa mère se montrait très contrôlante et critique à son endroit). Quant à Denis, l'entrevue individuelle révèle qu'il est également perfectionniste mais qu'il possède une plus grande assurance que Mia et qu'il a une personnalité davantage extravertie. Il se décrit comme un père naturellement affectueux et enjoué qui donne la première place à sa femme et à sa fille, devant toutes les autres priorités de sa vie.

Comme les deux partenaires sont engagés dans la relation, l'objectif de la thérapie consiste à améliorer le fonctionnement du couple et de la famille en ciblant tout d'abord les normes du couple au sujet de l'éducation des enfants, ainsi que la dynamique relationnelle de la famille. Le thérapeute utilise donc dans ce contexte les quatre premières stratégies décrites plus haut en commençant par *l'investigation des cognitions,* suivi de la *présentation didactique éducationnelle*. Ainsi, par un exposé oral et par des suggestions de lectures, le thérapeute présente l'importance de reconnaître et de respecter les différences culturelles au sein d'un couple. Il met également l'emphase sur le développement de l'autonomie et de la confiance en soi à l'intérieur d'une relation mère-enfant, relation en partie déterminée par l'anxiété de séparation.

Une fois que les partenaires ont terminé les lectures recommandées, le thérapeute amène le couple à *évaluer les avantages et les inconvénients de leurs cognitions*, en commençant par leurs croyances au sujet du gardiennage et de l'allaitement. Il apparaît alors que Mia croit fermement que l'enfant démontre des signes qui indiquent qu'il est prêt à être sevré ou à se faire garder. Toutefois, Mia arrive à identifier quelques désavantages reliés à cette croyance : les besoins de Sarah passent avant les besoins individuels des parents et ils empêchaient le couple de passer du temps ensemble, sans Sarah ; Mia allait bientôt être hospitalisée pour l'accouchement, ce qui fait que Sarah va devoir être séparée de sa mère pendant un moment pour ensuite la partager avec le nouveau-né. Quant à Denis, malgré le fait qu'il peut identifier plusieurs des avantages reliés à ses propres croyances et quelques inconvénients concernant les croyances de sa femme, il manifeste beaucoup de respect et d'appréciation pour le dévouement de Mia envers son enfant et ne souhaite pas provoquer chez sa femme une détresse émotionnelle excessive durant la grossesse, tant pour le bien de la mère que pour celui du bébé. Graduellement, avec l'aide des méthodes de restructuration cognitive, Mia en vient à accepter de mettre fin à l'allaitement de Sarah.

Par la suite, le thérapeute propose à Mia et Denis une *expérimentation comportementale* ayant pour but de produire de l'information nouvelle au sujet de leurs cognitions. Le couple accepte et le thérapeute travaille avec lui à développer l'expérimentation. Ainsi, il semble que la fille d'un voisin, ami de la famille, souhaite avoir la chance de garder Sarah éventuellement. Katie, âgée de 13 ans, accompagne donc la

petite Sarah (en présence de Denis) dans la salle d'attente pendant que Mia est dans le bureau avec le thérapeute. Bien entendu, Sarah pleure en réclamant sa mère, ce qui donne à Mia, avec l'aide du thérapeute, l'occasion de nommer ses émotions (culpabilité, anxiété, colère) ainsi que ses cognitions (« Je suis une mauvaise mère ; Sarah va en être traumatisée ; elle est en train de nous punir ; elle ne sera jamais prête à nous partager avec son frère »). D'une voix très clame, le thérapeute aide alors Mia à utiliser les exercices de relaxation qu'elle a appris pour l'accouchement ainsi qu'à considérer et à répéter des cognitions apaisantes : « Enseigner l'autonomie à un enfant est un cadeau. Cela va l'aider à apprendre à se rassurer elle-même, chose que mes parents ne m'ont jamais apprise. » Lorsque 10 minutes se sont écoulées après que Sarah a cessé de pleurer, Mia vient rejoindre Sarah et Katie dans la salle d'attente. Pour sa part, Denis va rejoindre le thérapeute dans le bureau, ce qui lui donne l'occasion de nommer lui aussi ses émotions et ses cognitions face à cette expérience. Malgré le fait que Denis vit cette expérience avec beaucoup moins de chagrin que Mia, il s'avère qu'il entretient les mêmes cognitions irréalistes que cette dernière et qu'il vit également les mêmes émotions négatives qu'elle. De plus, par souci de protéger Mia et le bébé qu'elle porte, Denis est préoccupé par la peur de provoquer chez sa femme un stress excessif qui viendrait la bouleverser. Avec l'aide du thérapeute, Denis expérimente donc les mêmes exercices de relaxation qui avaient été utilisés avec Mia quelques minutes plus tôt. C'est ainsi qu'à l'intérieur de trois semaines, Denis et Mia réussissent avec l'aide du thérapeute à confier avec enthousiasme la garde de Sarah à Katie, alors qu'ils viennent assister à leurs séances hebdomadaires.

Ensuite, le thérapeute travaille avec le couple à améliorer sa dynamique relationnelle car, en effet, Mia se plaint depuis un moment que son conjoint n'est pas assez disponible tandis que Denis est pour sa part préoccupé par le fait que sa femme le critique souvent, qu'elle est anxieuse, qu'elle lui démontre peu d'affection et qu'elle est peu encline à s'amuser. Il s'avère que Mia entretient des normes très élevées concernant la qualité de l'intimité et de la communication qui devrait exister entre deux partenaires. Cependant, il semble qu'elle ne soit pas consciente de son manque d'habiletés à ce niveau ainsi que de l'impact de sa propre gestion des priorités sur la qualité d'intimité du couple. Mia se dit anxieuse face à l'idée d'une séparation potentielle, alors que Denis se dit tiraillé par son désir de protéger sa femme des diverses catastrophes anticipées ainsi que de répondre aux normes élevées de cette dernière tout en composant avec le sentiment d'être épuisé, de ne pas être apprécié et d'être pris au piège. Le thérapeute met alors en application les quatre mêmes stratégies cognitives qui ont été utilisées précédemment afin d'amener les partenaires à mettre l'emphase sur ce qui va bien dans la relation et à exprimer davantage leur affection l'un pour l'autre. Également, dans le but dédramatiser les difficultés que vivent Denis et Mia et d'amener le couple à expérimenter ensemble l'effet libérateur du rire, le thérapeute utilise régulièrement des hyperboles et des étiquettes amusantes qui détendent l'atmosphère (Jacobson et Christianson, 1996 ; chapitre 4).

5. LA THÉRAPIE CONJUGALE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE : ÉTAT EMPIRIQUE

Tel que décrit au chapitre 17, 38 études ont été repérées concernant l'effet de la thérapie conjugale cognitive-comportementale. Toutefois, uniquement cinq études ont à ce jour examiné les effets des interventions sur la modification des cognitions du couple. De même, seulement deux études publiées (Emmelkamp, van Linden, van de Helm, MacGillavry *et al*., 1988 ; Huber et Milstein, 1985) ont évalué l'impact de la restructuration cognitive en l'absence d'interventions comportementales. Huber et Milstein (1985) ont comparé des couples ayant reçu six séances hebdomadaires de restructuration cognitive (dont l'emphase portait sur la modification des croyances irréalistes au sujet du fonctionnement individuel ainsi que du fonctionnement du couple) à des couples inscrits sur une liste d'attente pour bénéficier d'une thérapie conjugale. Comparativement aux couples en attente de thérapie, les couples ayant bénéficié des séances de restructuration cognitive ont démontré significativement un plus grand niveau d'amélioration de l'ajustement conjugal ainsi qu'une plus grande réduction des croyances irréalistes, ce qui suggère que la restructuration cognitive est plus efficace qu'une absence totale d'intervention. Par contre, Emmelkamp *et al*. (1988) ont comparé des couples ayant participé à neuf séances de thérapie conjugale comportementale (d'une durée de 90 minutes chacune) à des couples ayant plutôt participé à des séances de restructuration cognitive qui ciblaient la modification des croyances irréalistes. Lorsqu'a été mesuré l'effet des deux types de thérapie sur l'ajustement conjugal, aucune différence significative n'a été trouvée, ce qui laisse supposer que les deux types de thérapie sont équivalents.

Par ailleurs, deux études portent sur l'effet de la thérapie cognitive combinée à la thérapie comportementale. D'une part, Baucom et Lester (1986) ont comparé les effets de trois conditions expérimentales de thérapie conjugale : *a)* une liste d'attente pour bénéficier d'une thérapie conjugale ; *b)* douze séances de thérapie conjugale comportementale (portant principalement sur l'apprentissage d'habiletés reliées à la résolution de problèmes, la communication et le contrat comportemental) ; *c)* six séances de restructuration cognitive suivies de six séances d'intervention comportementale. D'autre part, Baucom, Sayers et Sher (1990) ont comparé les effets de quatre conditions expérimentales de thérapie conjugale : *a)* six séances de résolution de problèmes combinées à six séances de contrat comportemental ; *b)* six séances de restructuration cognitive (portant principalement sur les attributions et les normes relationnelles irréalistes), combinées à trois séances d'apprentissage d'habiletés reliées à la résolution de problème et à trois séances de contrat comportemental ; *c)* trois séances d'apprentissage d'habiletés reliées à la résolution de problèmes, combinées à trois séances de contrat comportemental et à six séances d'apprentissage d'habiletés reliées à la communication ; *d)* trois séances de restructuration cognitive, combinées à trois séances d'apprentissage d'habiletés reliées à la résolution de problème, à trois séances de contrat comportemental et à trois séances d'apprentissage d'habiletés reliées à la communication. Les résultats de

ces deux études démontrent que les couples sont susceptibles de réaliser des améliorations significatives pour chacun des éléments ciblés par la thérapie reçue. Malgré le fait que tous les couples ayant participé à des séances de thérapie se sont significativement améliorés, il fut impossible de déterminer quels types d'interventions étaient les meilleurs pour l'amélioration de l'ajustement conjugal et la communication.

Quant à eux, Halford, Sanders et Behrens (1993) ont comparé les effets d'une thérapie conjugale comportementale à une thérapie conjugale comportementale enrichie qui incluait la restructuration cognitive, l'exploration des affects et l'entraînement à la généralisation. Chaque couple recevait entre douze et quinze séances hebdomadaires, au cours desquelles le thérapeute variait la séquence des types d'intervention et la quantité de temps accordé à chacun afin de s'ajuster aux besoins du couple, une procédure qui ressemble beaucoup à ce qui est fait en pratique naturelle. Les deux traitements ont produit des améliorations significatives au niveau des mesures autorapportées de l'ajustement conjugal, des croyances relationnelles irréalistes, et des pensées négatives des répondants au sujet du conjoint, ainsi qu'au niveau des cotations faites par des observateurs entraînés concernant les comportements négatifs du couple au cours de discussions filmées sur leurs difficultés relationnelles. Même s'il y avait peu de différences entre les deux traitements, comparativement aux interventions qui incluaient la restructuration cognitive, l'exploration des affects et l'entraînement à la généralisation, les interventions purement comportementales produisaient une diminution significativement plus grande des interactions négatives du couple. Aucune différence ne fut trouvée entre les deux types de thérapie quant au pourcentage d'individus ayant changé de façon significative au cours de l'étude (voir le chapitre 17).

Quelques auteurs (p. ex., Bryne, Carr et Clark, 2004) soutiennent que les implications des études de Baucom et Lester (1986) ainsi que de Baucom *et al*. (1990) sont que l'ajout de la restructuration cognitive aux interventions comportementales ne rendrait pas la thérapie de couple plus efficace. Toutefois, les limites des études réalisées à ce jour laissent supposer que ce débat est encore loin d'être terminé. Par exemple, l'ajout d'un type d'intervention requiert la réduction des autres types de traitement afin de vérifier le nombre total de séances reçues entre les états. Il est également peu probable que les couples qui recevaient une thérapie comportementale combinée à des interventions cognitives aient pu expérimenter de façon adéquate les diverses composantes de traitement. Finalement, il est peu probable que trois séances puissent avoir un impact significatif sur les croyances de base entretenues par les conjoints depuis plusieurs années. En outre, les résultats d'Emmelkamp *et al*. (1988) étayent l'hypothèse que les interventions cognitives produisent des effets similaires aux interventions comportementales. Pour leur part, les résultats de Huber and Milstein (1985) indiquent que la thérapie conjugale de type cognitive est plus efficace qu'une absence de traitement. Toutefois, il est clair que la plupart des programmes de thérapie évalués dans les cinq études mentionnées ci-haut ne respectent pas les normes communes de pratiques d'excellence en ce qui concerne la quantité, le contenu et la chronologie des interventions cognitives-comportementales décrites dans le présent chapitre.

6. APPLICATIONS FUTURES

Les interventions cognitives-comportementales auprès des couples semblent gagner en popularité et en sophistication avec le temps. Toutefois, la pratique s'étant distancée quelque peu de la recherche, une multitude de questions doivent tout d'abord être résolues pour assurer des interventions valides et efficaces : Est-ce que le pairage des interventions cognitives et comportementales aux besoins ainsi qu'aux forces de chacun des couples améliorerait l'efficacité de la thérapie ? Est-ce que les caractéristiques du couple prédisent un impact différentiel sur la thérapie ? Est-ce qu'une meilleure évaluation des indices prédisant les résultats cognitifs et comportementaux de la thérapie et l'addition d'une échelle mesurant l'atteinte des objectifs visés par la thérapie procureraient des gains différentiels pour les stratégies comportementales et cognitives ? Est-ce que les résultats varient lorsque la thérapie est reçue par des couples provenant d'une culture différente et par des couples de même sexe en comparaison avec des couples de sexe opposé ? Existe-t-il une séquence idéale pour alterner les interventions cognitives et les interventions comportementales ? Il apparaît donc évident que l'amélioration des interventions cognitives auprès des couples nécessitera une recherche accrue concernant ce qui est vraiment efficace et pour qui ces interventions sont efficaces.

CONCLUSION

Au cours des vingt dernières années, les modèles d'intervention et les méthodes d'évaluation de la composante cognitive à l'intérieur de la thérapie conjugale de type cognitive-comportementale ont beaucoup évolué. Ainsi, par le développement d'un modèle détaillant la typologie des cinq formes de cognitions retrouvées chez un couple, la recherche a pu être davantage intégrée à la pratique, ce qui a contribué au développement de pratiques d'excellence de la thérapie conjugale de type cognitive-comportementale. Les diverses stratégies d'évaluation et de traitement décrites dans ce chapitre donnent donc aux cliniciens plusieurs moyens d'évaluer et de traiter la composante cognitive de la détresse conjugale. Toutefois, comparativement au modèle cognitif-comportemental en vigueur à la fin des années 1970 et au début des années 1980 (Jacobson et Margolin, 1979 ; Wright et Sabourin, 1985), il apparaît plus difficile de limiter le nombre de directives concernant les pratiques d'excellence à l'intérieur du modèle présenté ici (Epstein et Baucom, 2002 ; Jacobson et Christensen, 1996 ; quelques chapitres de ce livre). Par conséquent, afin que ce nouveau modèle soit appliqué adéquatement, les cliniciens utilisant un programme d'intervention cognitif-affectif-comportemental détaillé devront choisir minutieusement quelles cognitions ils travailleront avec les couples et à quel moment ils devront entreprendre le travail sur les cognitions. Afin de prendre les meilleures décisions qui soient à ce sujet, les cliniciens devront se fier à leurs inférences cliniques, en plus de prendre en compte la présence chez leurs clients de déficits comportementaux (p. ex., limitation dans les habiletés de résolution de problème), d'émotions négatives intenses, de problèmes reliés à l'incompatibilité (p. ex., besoins différents des partenaires au sujet de l'intimité), de problèmes reliés à aux événements stressants

de la vie, de psychopathologies comorbides, etc. Il apparaît donc que la modification des cognitions dysfonctionnelles chez un couple est un défi de taille, raison pour laquelle les stratégies de modification des cognitions doivent être intégrées, souvent à l'intérieur de la même séance de thérapie, avec les stratégies de modifications des émotions et des comportements. En effet, par une soigneuse évaluation de chacune des difficultés du couple en fonction des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux de la relation, le clinicien en arrive alors à comprendre comment les interactions des partenaires contribuent en général aux problèmes du couple.

Malgré la complexité apparente de ce processus, notre expérience de formateur en thérapie conjugale auprès de cliniciens inexpérimentés nous démontre qu'une fois maîtrisée, l'application de stratégies d'intervention de type cognitive-comportementale augmente l'habileté du thérapeute à comprendre, à prédire et à modifier les différentes facettes du fonctionnement d'un couple. Nous sommes également d'avis que l'application du modèle présenté dans ce chapitre, comparativement aux approches antérieures, se traduit par une augmentation de la durabilité des changements dans le fonctionnement du couple. Toutefois, les études évaluant les effets de la composante cognitive à l'intérieur d'une thérapie de type cognitive-comportementale ne sont pas nombreuses (cinq au total, toutes réalisées avant 1994). Ces études ont toutefois soulevé des questions pertinentes et ont contribué de façon significative à l'avancement des connaissances concernant la thérapie cognitive-comportementale. Malheureusement, aucune étude n'a évalué l'efficacité de la composante cognitive à l'intérieur de conditions respectant (même partiellement) les recommandations décrites dans ce chapitre concernant les pratiques d'excellence en thérapie conjugale. Nous sommes donc très conscients que beaucoup de travail reste à faire pour démontrer scientifiquement la validité de nos propos. Une première piste pourrait être de s'inspirer des travaux de Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom et Simpson (2004) ainsi que des solutions proposées au chapitre 17 du présent ouvrage. Néanmoins, d'ici à ce que d'autres études soient complétées sur le sujet, nous croyons qu'il est prématuré de conclure que « l'ajout d'une composante cognitive n'améliore pas l'efficacité de la thérapie conjugale cognitive-comportementale » (Bryne *et al.*, 2004). En effet, l'état actuel des connaissances suggère que l'efficacité et l'efficience de la composante cognitive à l'intérieur de la thérapie cognitive-comportementale restent à être démontrées empiriquement.

RÉFÉRENCES

Baldwin, M.W. (2005). *Interpersonal Cognition,* New York, Guilford.

Baucom, D.H. et Epstein, N.B. (1990). *Cognitive-behavioral Marital Therapy,* New York, Brunner/Mazel.

Baucom, D.H., Epstein, N.B., Rankin, L.A. et Burnett, C.K. (1996). « Assessing relationship standards : The Inventory of Specific Relationship Standards », *Journal of Family Psychology, 10,* p. 72-88.

Baucom, D.H., Epstein, N.B., Sayers, S. et Sher, T.G. (1989). « The role of cognitions in marital relationships : Definitional, methodological, and conceptual issues », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, p. 31-38.

Baucom, D.H. et Lester, G.W. (1986). « The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy », *Behavior Therapy, 17*, p. 385-403.

Baucom, D.H., Sayers, S.L. et Sher, T.G. (1990). « Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training : An outcome investigation », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, p. 636-645.

Beck, A.T. (1988). *Love is Never Enough,* New York, Harper et Row.

Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B.F. et Emergy, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford.

Beck, J.S. (1995). *Cognitive Therapy : Basics and Beyond,* New York, Guilford.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss* (Vol. 1 : Attachment), Londres, The Hogarth Press.

Bradbury, T.N., Beach, S.R.H., Fincham, F.D. et Nelson, G.M. (1996). « Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, p. 569-576.

Bradbury, T.N. et Fincham, F.D. (1990). « Attributions in marriage : Review and critique », *Psychological Bulletin, 107*, p. 3-33.

Bradbury, T.N. et Fincham, F.D. (1992). « Attributions and behavior in marital interaction », *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, p. 613-628.

Bradbury, T.N. et Fincham, F.D. (1993). « Assessing dysfunctional cognition in marriage : A reconsideration of the Relationship Belief Inventory », *Psychological Assessment*, *5*, p. 92-101.

Byrne, M., Carr, A. et Clark, M. (2004). « The efficacy of behavioral couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress », *Contemporary Family Therapy, 26*, p. 361-387.

Christensen, A., Atkins, D.S., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H. et Simpson, L.E. (2004). « Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, p. 176-191.

Christensen, A., Sullaway, M. et King, C.E. (1983). « Systematic error in behavioral reports of dyadic interaction : Egocentric bias and content effects », *Behavioral Assessment, 5,* p. 129-140.

Dattilio, F.M. (dir.) (1998). *Case Studies in Couple and Family Therapy : Systemic and Cognitive Perspectives,* New York, Guilford.

Eidelson, R.J. et Epstein, N.B. (1982). « Cognition and relationship maladjustment : Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* p. 715-720.

Ellis A. (1977). « The nature of disturbed marital interactions », dans A. Ellis et R. Grieger (dir.), *Handbook of Rational-emotive Therapy,* New York, Springer, p. 170-176.

Ellis, A., Sichel, J.L., Yeager, R.J., DiMattia, D.J. et DiGiuseppe, R. (1989). *Rational-emotive Couples Therapy,* New York, Pergamon Press.

Emmelkamp, P., van der Helm, M., MacGillavry, D. et van Zanten, B. (1984). « Marital therapy with clinically distressed couples : A comparative evaluation of system-theoretic, contingency contracting and communication skills approaches », dans K. Hahlweg et N. Jacobson (dir.), *Marital Interaction : Analysis and Modification,* New York, Guilford, p. 36-52.

Epstein, N.B. (2003). « Cognitive-behavioral therapies for couples and families », dans L.L. Hecker et J.L. Wetchler (dir.), *An Introduction to Marriage and Family Therapy,* New York, Haworth Press, p. 203-254.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (1993). « Cognitive factors in marital disturbance », dans K.S. Dobson et P.C. Kendall (dir.), *Psychopathology and Cognition,* San Diego, Academic Press, p. 351-385.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive-behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach,* Washington, American Psychological Association.

Epstein, N.B., Chen, F. et Beyder-Kamjou, I. (2005). « Relationship standards and marital satisfaction in Chinese and American couples », *Journal of Marital and Family Therapy*, *31*, p. 59-74.

Epstein, N.B. et Eidelson, R.J. (1981). « Unrealistic beliefs of clinical couples : Their relationship to expectations, goals and satisfaction », *American Journal of Family Therapy*, *9,* p. 13-22.

Fincham, F.D. et Bradbury, T.N. (1992). « Assessing attributions in marriage : The Relationship Attribution Measure », *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, p. 457-468.

Fincham, F.D., Bradbury, T.N. et Scott, C.K. (1990). « Cognition in marriage », dans F.D. Fincham et T.N. Bradbury (dir.), *The Psychology of Marriage : Basic Issues and Applications,* New York, Guilford, p. 118-149.

Fincham, F.D., Garnier, P.C., Gano-Phillips, S. et Osborne, L.N. (1995). « Preinteraction expectations, marital satisfaction, and accessibility : A new look at sentiment override », *Journal of Family Psychology, 9*, p. 3-14.

Gordon, K.C., Baucom, D.H. et Snyder, D.K. (2004). « An integrative intervention for promoting recovery from extramarital affairs », *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, p. 213-231.

Halford, K., Sanders, M. et Behrens, B. (1993). « A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, p. 51-60.

Holmes, J.G. (2000). « Social relationships : The nature and function of relational schemas », *European Journal of Social Psychology*, *30*, p. 447-495.

Huber, C.H. et Milstein, B. (1985). « Cognitive restructuring and a collaborative set in couples' work », *American Journal of Family Therapy, 13,* p. 17-27.

Jacobson, N.S. et Christensen, A. (1996). *Acceptance and Change in Couple Therapy : A Therapist's Guide to Transforming Relationships,* New York, Norton.

Jacobson, N.S. et Margolin, G. (1979). *Marital Therapy : Strategies Based on Social Learning and Behavior Exchange Principles*, New York, Brunner/Mazel.

Jacobson, N.S. et Moore, D. (1981). « Spouses as observers of the events in their relationship », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, p. 269-277.

Johnson, S.M. (1996). *The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy : Creating Connection,* New York, Brunner/Mazel.

Markman, H.J., Stanley, S.M. et Blumberg, S.L. (2001). *Fighting for Your Marriage : Positive Steps for Preventing Divorce and Preserving a Lasting Love,* San Francisco, Jossey-Bass.

Metz, M.E. (1993). *Manual for the Styles of Conflict Inventory*, Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

Pretzer, J., Epstein, N.B. et Fleming, B. (1991). « Marital Attitude Survey : A measure of dysfunctional attributions and expectancies », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly, 5,* p. 131-148.

Rathus, J.H. et Sanderson, W.C. (1999). *Marital Distress : Cognitive Behavioral Interventions for Couples,* Northvale, NJ, Jason Aronson.

Scharff, J.S. et Bagnini, C. (2002). « Object relations couple therapy », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd.), New York, Guilford, p. 59-85.

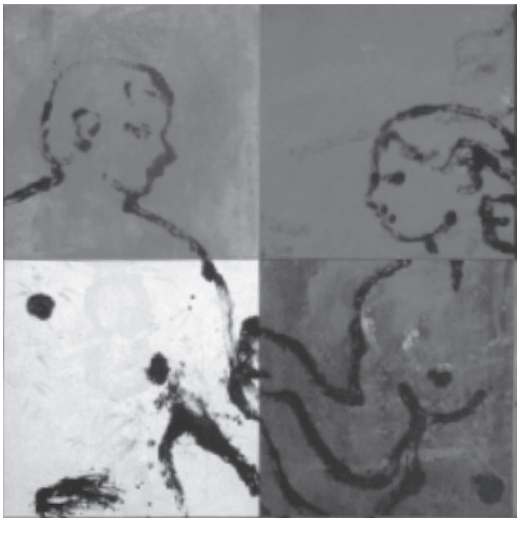
Snyder, D.K. et Schneider, W.J. (2002). « Affective reconstruction : A pluralistic, developmental approach », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd.), New York, Guilford, p. 151-179.

Stuart, R.B. (1980). *Helping Couples Change : A Social Learning Approach to Marital Therapy*, New York, Guilford.

Tremblay, N., Wright, J., Mamodhoussen, S., Côté, G. et McDuff, P. (à paraître). « Les corrélats des attributions de causalité et de responsabilité des couples qui consultent en thérapie conjugale », *Revue canadienne des sciences du comportement*.

Vanzetti, N.A., Notarius, C.I. et Neesmith, D. (1992). « Specific and generalized expectancies in marital interaction », *Journal of Family Psychology*, *6*, p. 171-183.

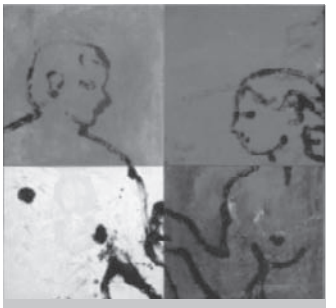
Wright, J. et Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple : Diagnostic et traitement*, Montréal, Les Éditions Consultation.



PARTIE

2

APPLICATIONS SPÉCIFIQUES



CHAPITRE

7

SEXUALITÉ ET DYSFONCTION SEXUELLE

Sophie Bergeron, Nili Benazon, Mélanie Jodoin et Mélanie Brousseau

Selon un vieil adage, la sexualité contribue pour environ 10 % à la satisfaction d'un couple heureux, mais pour 90 % à l'insatisfaction d'un couple malheureux. Cette image n'est pas loin de la réalité. La sexualité favorise la cohésion du couple, augmente l'intimité et permet de réduire les tensions (McCarthy, 2002). Quand elle est inexistante – ce qui est le cas dans 20 % des couples mariés et 30 % des couples qui cohabitent ensemble (Michael, Gagnon, Laumann et Kolata, 1994) – ou problématique, elle peut devenir source de frustration, de conflit, voire de séparation. Malgré la prépondérance de contenu à caractère sexuel dans les médias québécois et nord-américains, et une apparence de progrès dans notre rapport à la sexualité, la prévalence des dysfonctions sexuelles n'a pas diminué depuis la publication des rapports Kinsey sur la sexualité masculine et féminine à l'aube des années cinquante (Kinsey,

Pomeroy et Martin, 1948 ; Kinsey, Pomeroy, Martin et Gebhart, 1953). Selon la vaste étude épidémiologique menée par Laumann, Paik et Rosen (1999), 42 % des femmes et 30 % des hommes âgés de 18 à 59 ans souffriraient d'une dysfonction sexuelle. Tout porte à croire que ces chiffres vont en augmentant chez les individus de plus de 59 ans, puisque la fonction sexuelle tend à se détériorer avec l'âge. Pourtant, la sexualité demeure un élément encore négligé en thérapie de couple, et une majorité de thérapeutes omettent d'aborder cette dimension fondamentale de la relation conjugale.

Le présent chapitre couvrira : 1) une brève histoire de la sexothérapie conjugale ; 2) les dysfonctions sexuelles ainsi que leur prévalence, leur étiologie et leurs principaux traitements ; 3) la description clinique et le traitement de la sexualité atypique ; 4) le processus d'évaluation des troubles sexuels ; 5) les principales stratégies d'intervention ; 6) les obstacles rencontrés en sexothérapie de couple de même que des pistes de solution ; enfin, 7) l'une des tendances majeures dans le traitement des dysfonctions sexuelles aujourd'hui et son impact sur la thérapie de couple, soit la médicalisation de la sexualité.

1. BRÈVE HISTOIRE DE LA SEXOTHÉRAPIE CONJUGALE

1.1. Les fondateurs : Masters et Johnson

Avant la publication des ouvrages de Masters et Johnson (1966, 1970), les psychologues conceptualisaient les troubles sexuels comme étant le reflet de psychopathologies et de conflits intrapsychiques qui nécessitaient des thérapies individuelles de longue durée. Ainsi, on observait une influence prédominante de l'approche psychanalytique. Les recherches pionnières de Masters et Johnson et leur modèle de thérapie intensive ont donné lieu au développement de sexothérapies comportementales beaucoup plus brèves et directives que les thérapies psychodynamiques. Un point important qui ressort de leurs travaux et qui a inspiré les modèles contemporains de sexothérapie conjugale est qu'un fonctionnement sexuel problématique peut être rétabli grâce à l'apprentissage d'habiletés spécifiques et d'un plus grand confort vis-à-vis la sexualité (McCarthy, 2002). De plus, Masters et Johnson concevaient le couple comme étant le client et traitaient toujours les deux membres du couple, quoique de façon individuelle. Cependant, du point de vue de la conceptualisation théorique des dysfonctions sexuelles, ils mettaient l'accent sur des facteurs étiologiques individuels tels que l'anxiété de performance et les croyances religieuses, par opposition à des facteurs relationnels.

Vers le début des années 1980, la communauté sexologique a pris conscience que les thérapies comportementales ne venaient pas à bout de tous les problèmes sexuels, en particulier les troubles du désir. Par exemple, une étude prospective de DeAmicis *et al*. (1985) effectuée auprès de 38 couples traités pour dysfonctions sexuelles pendant 15 à 20 séances a démontré qu'au suivi de trois mois posttraitement, les couples aux

prises avec une baisse de désir ne présentaient aucun changement quant à la fréquence des relations sexuelles. Ainsi, peu à peu, il est devenu apparent que des facteurs d'ordre dyadique jouaient un rôle dans le développement et le maintien des troubles du désir et que des interventions plus complexes et sophistiquées étaient requises. Par exemple, un travail sur des thèmes tels que l'intimité et les luttes de pouvoir dans le couple, ou les conflits liés à l'attachement et à l'engagement, était souvent requis afin d'en arriver à une résolution de la dysfonction sexuelle qui soit satisfaisante pour les deux membres du couple. Les sexothérapeutes ont donc commencé à s'inspirer des approches systémiques et à consacrer une attention accrue à la relation de couple afin d'enrichir la conceptualisation et le traitement des problèmes sexuels.

1.2. Dichotomie entre le sexuel et le relationnel

Jusqu'à ce début d'intégration de la thérapie conjugale et de la thérapie sexuelle, il y avait eu très peu de recoupements entre les deux domaines, qui avaient évolué de façon parallèle mais indépendante. Ainsi, les problèmes de couple ont traditionnellement été des facteurs de contre-indication à la thérapie sexuelle. Lorsqu'un couple se présentait pour une consultation concernant un problème sexuel, le clinicien se posait des questions telles que : Est-il plus approprié de faire de la thérapie de couple ou de la thérapie sexuelle ? Quel aspect de la problématique globale est le plus important ? Par quoi devrais-je commencer ? Encore aujourd'hui, bon nombre de professionnels des deux domaines (couple et sexualité) voient ces deux formes d'intervention comme étant distinctes et séparées.

Cette dichotomie entre les aspects sexuels et relationnels se reflète : 1) dans la quasi-absence de modèles théoriques porteurs d'une réelle intégration de la thérapie sexuelle et de la thérapie conjugale ; 2) dans la rareté des études évaluant l'efficacité de la sexothérapie conjugale pour le traitement des dysfonctions sexuelles (Christensen et Heavy, 1999) ; 3) dans la pratique des cliniciens : peu de thérapeutes possèdent des connaissances dans les deux domaines parce qu'il existe peu d'occasions de formation axées à la fois sur le couple et sur la sexualité.

1.3. Objectifs du chapitre

Le présent texte se veut donc une introduction à la sexothérapie de couple. Son contenu représente une synthèse des approches cognitives-comportementales et systémiques développées pour traiter les dysfonctions sexuelles, et de façon plus globale, pour optimiser l'épanouissement sexuel des couples. Plutôt que de détailler une série d'interventions propres au traitement de chacune des dysfonctions sexuelles – interventions qui sont décrites dans des ouvrages plus spécialisés (p. ex., Leiblum, 2007) –, nous proposons aux cliniciens une familiarisation avec les principes de base qui sous-tendent la sexothérapie conjugale. Au-delà des considérations théoriques et pratiques, nous

désirons aborder les défis posés par l'intervention sexologique auprès des couples et fournir aux thérapeutes les principaux outils qui leur permettront d'aborder la sphère sexuelle avec leurs clients.

Une conceptualisation multidimensionnelle des dysfonctions sexuelles est aujourd'hui privilégiée par une majorité de sexologues (p. ex., Leiblum et Rosen, 2000). En effet, la sexualité et son expression sont la résultante d'interactions complexes entre le physiologique, le cognitif, l'affectif, le comportemental, le relationnel et le socioculturel, par opposition à l'influence prédominante des composantes biologiques ou psychologiques. Non seulement la dualité corps-esprit, ou organique-psychogène, est peu fondée du point de vue scientifique, mais elle nuit à la résolution des dysfonctions sexuelles et au développement du potentiel sexuel des couples. Cette conceptualisation multifactorielle représente un principe directeur en ce qui concerne l'évaluation et l'intervention sexologique et sous-tend le contenu du présent chapitre.

2. DYSFONCTIONS SEXUELLES : PRÉVALENCE, ÉTIOLOGIE ET SURVOL DES PRINCIPAUX TRAITEMENTS

Masters et Johnson (1966, 1970) ont proposé un modèle où la réponse sexuelle est présentée en quatre phases consécutives différentes : excitation, plateau, orgasme, résolution. Au fil des ans, des changements ont été apportés à la description initiale du cycle de la réponse sexuelle par ces auteurs. Un modèle triphasique a été introduit par Kaplan (1974) et adopté par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV). Ce modèle sert de référence pour la classification des dysfonctions sexuelles comprenant les troubles du désir sexuel, de l'excitation et de la douleur (American Psychiatric Association, 1994).

2.1. Le trouble du désir sexuel

Le trouble du désir sexuel est défini dans le DSM-IV (1994) comme étant une déficience persistante et récurrente dans le désir d'avoir des activités sexuelles et une absence ou déficience sur le plan des fantasmes. Les individus aux prises avec cette dysfonction rapportent une absence ou une perte d'appétit sexuel qui crée des problèmes dans la relation de couple. Entre 27 % et 32 % des femmes témoignent d'un trouble du désir sexuel comparativement à 13 % et 17 % chez les hommes (Laumann, Paik et Rosen, 1999). Malgré sa prévalence élevée, peu de recherches ont été effectuées concernant cette première phase de la réponse sexuelle, en partie à cause des difficultés à opérationnaliser le concept de désir. Par conséquent, le DSM-IV suggère que le trouble du désir sexuel soit évalué avec rigueur, tout en tenant compte des facteurs suivants : l'âge, le sexe et le contexte de vie de la personne. Lors de l'évaluation, il importe de vérifier la fréquence réelle des activités sexuelles comparativement à la fréquence souhaitée par chacun des membres du couple. Est-ce que la personne rapportant une baisse de désir

s'adonne aux activités sexuelles pour faire plaisir au partenaire ? Est-ce qu'il y a la présence de fantasmes et de masturbation, et à quelle fréquence ? En ce qui concerne les facteurs précipitant le développement d'un trouble du désir sexuel, Trudel (2000) les divise en deux catégories distinctes : les facteurs relationnels et les facteurs individuels. D'un point de vue relationnel, relevons l'attitude parentale à l'égard de la sexualité, l'ajustement dyadique, les conflits conjugaux, les cognitions et les sentiments négatifs envers le conjoint ou la conjointe. Au plan individuel, notons les cognitions reliées à la sexualité et à la religion, les fantasmes sexuels, la perception des stimuli sexuels et l'image corporelle. D'autres facteurs ont été mis en évidence sur le plan sexuel tels que l'expérience sexuelle, le répertoire d'activités sexuelles, la qualité de la vie sexuelle et la présence d'une autre dysfonction sexuelle, en particulier chez les hommes. À cela s'ajoutent la dépression, le manque d'affirmation de soi, l'anxiété, les traumatismes, l'abus de substances, les conditions hormonales et les problèmes médicaux. Cependant, tous ces facteurs ont été identifiés via des études rétrospectives ou corrélationnelles, ce qui limite leur validité. Étant donné la faible prévalence du trouble du désir chez les jeunes hommes, d'autres facteurs souvent à l'origine du trouble mais plus difficiles à évaluer en présence du partenaire féminin peuvent être une paraphilie ou une orientation homosexuelle. Des questions portant sur l'histoire sexuelle ainsi que sur l'état de santé physique et mental de chacun des membres du couple, sur le scénario sexuel typique auquel le couple s'adonne et, enfin, sur le fonctionnement conjugal global capteront une majorité des dimensions ci-haut mentionnées.

Plusieurs thérapies ont été proposées au cours des dernières années, mais seulement une étude d'efficacité a été effectuée jusqu'à maintenant (Trudel, Marchand, Ravart, Aubin, Turgeon et Fortier, 2001). Selon cette étude, qui consistait en l'évaluation d'une thérapie de groupe de couples où la femme souffre d'une baisse du désir sexuel, 28 % des femmes rapportaient ne plus souffrir d'une baisse de désir au posttraitement, et 38 % à la relance d'un an. Malgré la rareté des études de traitement dans le domaine, il existe un consensus à savoir que le trouble du désir sexuel est une problématique multifactorielle qui demeure difficile à traiter puisqu'il existe très peu de règles générales qui fonctionnent auprès d'une majorité de couples. Il est préférable de développer un traitement spécifique selon l'évaluation détaillée du problème et selon les variables individuelles et relationnelles qui semblent contribuer davantage au problème de désir sexuel. Lorsque les deux partenaires sont motivés et disponibles, la baisse de désir est préférablement traitée en couple en raison des variables relationnelles qui semblent jouer un rôle prépondérant dans son développement et son maintien. Le programme de Trudel *et al*. (2001) vise l'amélioration de la qualité de la relation sexuelle plutôt que l'augmentation de la fréquence des activités sexuelles et offre de l'éducation sexuelle afin de développer une vision plus réaliste de la sexualité dans une relation à long terme. De plus, cette approche comprend l'augmentation et la diversification des expériences sensuelles et sexuelles, ainsi qu'une facilitation des réponses érotiques par le développement des fantasmes sexuels.

Enfin, une approche systémique prometteuse a été développée par Schnarch (1991). Quoiqu'elle soit très populaire en Amérique et en Europe, elle tarde à être validée sur le plan empirique. Selon cet auteur, l'expérience d'un désir sexuel soutenu dans une relation à long terme nécessite un approfondissement de l'intimité dans le couple, de façon à ce que chacun des individus arrive à révéler des pans de plus en plus grands de son érotisme. Ce modèle préconise un travail sur la différenciation de chacun des membres du couple, qui peut être facilité par l'exploration des besoins sexuels de chacun : les reconnaître, les valider et mieux les communiquer.

2.2. Les troubles de l'excitation et de l'orgasme chez la femme

Les troubles de l'excitation et de l'orgasme chez la femme représentent une large proportion des troubles sexuels pour lesquels les femmes consultent. Le trouble de l'excitation sexuelle se caractérise par l'incapacité persistante ou répétée à atteindre, ou à maintenir jusqu'à l'accomplissement de l'acte sexuel, une activité sexuelle adéquate (lubrification et intumescence) (DSM-IV, 1994). Il faut aussi considérer que certaines femmes peuvent lubrifier sans se sentir subjectivement excitées. Les troubles de l'excitation et de l'orgasme se distinguent du trouble du désir sexuel par la capacité du sujet à manifester de l'intérêt pour les activités sexuelles mais à son incapacité à entrer en état d'activation sexuelle. Il est parfois difficile de différencier l'anorgasmie d'un trouble de l'excitation sexuelle. Bien qu'il soit possible d'avoir une seule de ces dysfonctions sexuelles, les deux sont fréquemment présentes en même temps. Segraves et Segraves (1991) ont démontré que huit femmes sur 527 qui consultaient pour un problème sexuel ne présentaient que le diagnostic d'un trouble de l'excitation. La prévalence du trouble de l'excitation sexuelle est de 14 % pour les femmes âgées de 18 à 59 ans, et de 22 % à 28 % pour le trouble de l'orgasme (Laumann *et al.*, 1999). Plusieurs facteurs semblent influencer le développement d'un trouble de l'excitation : des antécédents d'abus sexuel, des dysfonctions masculines parallèles, l'effet des antidépresseurs, des difficultés conjugales, l'absence de communication, des attitudes négatives à l'égard de la sexualité, l'anxiété et la dépression, un manque de stimulation de la part du partenaire ou une stimulation inadéquate (Trudel, 2000).

Par ailleurs, le trouble de l'orgasme chez la femme est l'absence ou le retard persistant ou répété de l'orgasme après une phase d'excitation considérée « normale » (DSM-IV, 1994). L'évaluation de la phase d'excitation « normale » doit être fondée sur le fait qu'il existe une très grande variabilité entre les femmes dans le type ou l'intensité de la stimulation nécessaire pour déclencher l'orgasme. Le clinicien doit également tenir compte de l'âge de la femme, de la stimulation reçue et de l'expérience sexuelle. De plus, l'absence d'orgasme pendant la pénétration vaginale ne constitue pas un trouble orgasmique, mais plutôt une variation normale de la sexualité féminine (McCarthy, 2002). L'étiologie du trouble de l'orgasme a été peu étudiée. Cependant, elle peut parfois être d'origine biomédicale, par exemple des maladies ou lésions qui affectent les systèmes nerveux sympathique et parasympathique, ou des taux élevés

d'alcool dans le sang. L'étiologie peut être aussi d'origine psychosociale, par exemple de la distraction cognitive pendant les activités sexuelles (Dove et Wiederman, 2000). On retrouve davantage d'anorgasmie chez les femmes à faible niveau socioéconomique et ayant un faible degré d'éducation (Laumann *et al.*, 1999). Lors de l'évaluation des troubles de l'orgasme et de l'excitation, une attention particulière doit être accordée à la façon dont la stimulation sexuelle est prodiguée, ainsi qu'à la façon dont elle est reçue (pensées, émotions et comportements). Des entrevues individuelles peuvent être nécessaires afin de recueillir les réponses les plus honnêtes possibles de la part de chacun des membres du couple, en particulier de l'individu souffrant de la dysfonction sexuelle. En ce qui concerne le traitement, la sensibilisation corporelle de Masters et Johnson (1970) et la masturbation dirigée de LoPiccolo et Lobitz (1972) semblent être des stratégies indiquées et efficaces.

2.3. La dyspareunie et le vaginisme

De récentes données épidémiologiques indiquent que jusqu'à 21 % des femmes préménopausées de moins de 30 ans témoignent de l'expérience d'une douleur récurrente pendant les relations sexuelles (Laumann, Paik et Rosen, 1999). De plus, il semblerait que la vestibulodynie soit la cause la plus fréquente de dyspareunie, ou douleurs pendant les relations sexuelles, et ce toujours chez les femmes pré-ménopausées (Goetsch, 1991). La vestibulodynie est une douleur récurrente qui est localisée dans le vestibule vulvaire, soit l'entrée du vagin. Les femmes qui en sont atteintes rapportent une sensation de brûlure ou de déchirement ressentie à l'entrée du vagin lors de la pénétration, mais également lors d'activités telles que l'insertion de tampons, l'insertion des doigts et les examens gynécologiques.

Par ailleurs, l'étiologie de la vestibulodynie demeure mal expliquée. Cependant, quelques facteurs ont été identifiés tels que la présence d'infections vaginales à répétition, la prise de contraceptifs oraux avant l'âge de 17 ans, des premières menstruations précoces, des prédispositions génétiques, une origine caucasienne, des attitudes sexuelles plus conservatrices, un registre émotionnel négatif lors des activités sexuelles avec le partenaire et un problème additionnel de vaginisme. Parmi les traitements offerts, la thérapie cognitive-comportementale du soulagement de la douleur (TCSD) (Bergeron *et al.*, 2001a) est un programme thérapeutique innovateur qui intègre à la fois des éléments de gestion de la douleur (relaxation, restructuration cognitive, désensibilisation systématique) et de sexothérapie (éducation sexuelle, dilatation vaginale, technique du miroir, entraînement à la communication).

Les femmes souffrant de vaginisme rapportent être incapables de s'adonner à des activités de pénétration vaginale, incluant les relations sexuelles, les examens gynécologiques, l'insertion de tampons, etc. et décrivent une fermeture spontanée du vagin au moment d'une tentative de pénétration. Selon le DSM-IV (1994), le vaginisme se caractérise par un spasme involontaire, répété ou persistant, de la musculature du tiers

externe du vagin perturbant les rapports sexuels. La musculature du tiers externe du vagin représente les muscles du plancher pelvien favorisant l'ouverture du vagin et la souplesse des parois vaginales. Toutefois, Reissing et ses collègues (2004) affirment que les spasmes du tiers externe du vagin n'ont jamais été étudiés de manière empirique et que leur existence devrait être reconsidérée. Ils ont démontré que les comportements phobiques pendant les examens gynécologiques et l'évitement de la pénétration vaginale sont les seuls aspects du vaginisme permettant de le différencier de la dyspareunie (Reissing *et al*., 2004). Dans les deux cas, la douleur génitale serait présente et constitue souvent un aspect négligé de l'évaluation. Des questions concernant l'intensité et la durée de la douleur ainsi que le type de sensations perçues contribuent souvent à clarifier l'étiologie ainsi qu'à développer un bon début d'alliance thérapeutique, étant donné que ces clientes sont trop rarement prises au sérieux. Un examen gynécologique effectué par un médecin connaissant bien les troubles de douleur sexuelle fait généralement partie du processus d'évaluation. De plus, les deux problématiques se traitent de la même façon, quoique le vaginisme serait associé à des taux plus élevés d'attrition compte tenu de l'élément phobique qui occasionne beaucoup d'évitement. Ainsi, nous conceptualisons la dyspareunie et le vaginisme selon un continuum plutôt que comme étant des catégories diagnostiques distinctes et privilégions une approche thérapeutique cognitive-comportementale axée sur la diminution de la douleur et de la peur qui y est associée. Les traitements cognitifs-comportementaux de groupe comprennent généralement dix séances, mais une thérapie de couple ou individuelle qui cible à la fois la douleur, la sexualité et les aspects relationnels peut durer de 15 à 20 séances, et même plus longtemps s'il y a des problèmes de couple plus sévères. La rééducation périnéale en physiothérapie s'avère également un traitement de plus en plus prometteur (Bergeron *et al*., 2002). Outre ces approches comportementales, il existe toute une panoplie de traitements médicaux, selon l'origine biomédicale présumée de la douleur génitale ; seule l'approche chirurgicale pour les cas de vestibulodynie a été démontrée efficace (Bergeron *et al*., 2001b).

2.4. Le trouble érectile

Le trouble érectile consiste en une absence totale d'érection ou en une érection insuffisante pour permettre l'accomplissement de l'acte sexuel (DSM-IV, 1994). Récemment, la médicalisation des troubles érectiles a propulsé ceux-ci à l'avant-scène dans les médias (p. ex., annonces publicitaires de Viagra®). De plus, le trouble érectile cause une détresse importante et des difficultés interpersonnelles puisque ce problème masculin est souvent vécu comme une humiliation, une atteinte à la virilité. Par conséquent, il est le trouble sexuel masculin le plus étudié, mais non le plus fréquent. Selon Feldman et ses collègues (1994), chez un groupe d'hommes de 40 à 70 ans, 52 % des hommes rapporteraient une forme quelconque de trouble érectile. Ce problème tend à s'aggraver avec le vieillissement.

De par l'étendue des facteurs possibles, le trouble érectile nécessite une évaluation multidisciplinaire incluant une composante urologique. Les facteurs biomédicaux à considérer sont les problèmes neurologiques, le diabète, les problèmes cardiovasculaires, les problèmes endocriniens, l'arthrite, l'usage des drogues et des médicaments, l'âge, une mauvaise santé physique ainsi que des infections urinaires. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux, il y a le stress général, la dépression, l'interférence cognitive, le manque de connaissances au sujet de la sexualité, incluant les mythes et les fausses croyances, et les conflits relationnels en général. Il importe de sélectionner un traitement en fonction de la cause présumée (organique, psychologique ou mixte). Par contre, il ne faut pas sous-estimer les causes psychologiques même si la nature première du trouble peut être organique, c'est-à-dire qu'une conceptualisation multidimensionnelle est à privilégier par opposition à un modèle dualiste qui mettrait en opposition les facteurs biomédicaux et les facteurs psychologiques. Ainsi, lors de l'évaluation, une attention particulière doit être accordée aux interactions entre les aspects physiologiques et les aspects psychologiques/relationnels de la dysfonction, d'où la pertinence d'un modèle multidisciplinaire incorporant des échanges entre les différents professionnels de la santé impliqués.

Les traitements psychosociaux les plus étudiés et les plus utilisés sont d'approche cognitive-comportementale. Ils comprennent de l'éducation sexuelle, de la restructuration cognitive, des exercices de sensibilisation corporelle et des stratégies d'intervention visant la relation de couple telles que l'amélioration de la communication. Les traitements pharmacologiques présentement offerts sont le sildénafil (Viagra®) ou son équivalent le tadalafil (Cialis®). Le sildénafil apporte des améliorations significatives dans la capacité d'obtenir et de maintenir une érection. De plus, les sujets utilisant le sildénafil réussissent 69 % des activités sexuelles comparativement à 22 % des sujets prenant un placebo (Goldstein, Lue, Padma-Nathan, Rosen, Steers et Wicker, 1998). Le sildénafil influence également la fonction orgasmique, la satisfaction durant l'activité sexuelle, la satisfaction globale et la rigidité de l'érection. Toutefois, il ne semble pas avoir d'impact sur le désir. Cependant, ces traitements peuvent comporter des effets secondaires indésirables tels que des étourdissements, des maux de tête et du priapisme (érection persistante et douloureuse). Enfin, il est souhaitable que ces traitements pharmacologiques soient associés à un travail psychologique et relationnel, et leur usage prolongé devrait être exclusivement réservé aux dysfonctions érectiles d'origine biogénique.

2.5. Le trouble de l'éjaculation précoce

L'éjaculation précoce est la dysfonction masculine la plus fréquente (Laumann *et al.*, 1999), mais elle ne semble pas perturber la qualité de vie des hommes concernés au même degré que la dysfonction érectile puisque ces derniers consultent davantage (Laumann *et al.*, 1999). L'éjaculation précoce est délicate à évaluer parce qu'il est difficile de définir ce qui est précoce : les minutes, le nombre de poussées, la façon de procéder ou le rythme ? Il importe de concevoir que l'éjaculation en soi étant un réflexe, elle ne

peut être contrôlée lorsque le point d'imminence éjaculatoire est dépassé. L'éjaculation précoce est donc un problème d'excitation sexuelle mal gérée plutôt qu'un problème de contrôle éjaculatoire (Trudel, 2000). Il n'y a pas de définition acceptée de tous ; il s'agit plutôt d'un processus arbitraire où le clinicien doit tenir compte des facteurs qui peuvent modifier la durée de la phase d'excitation sexuelle tels que l'âge, la nouveauté de l'expérience sexuelle ou du partenaire et la fréquence de l'activité sexuelle récente. McCarthy (2002) rapporte que le temps moyen alloué à la pénétration vaginale lors d'une relation sexuelle est de deux à sept minutes, et dépasse rarement 10 minutes. Compte tenu des valeurs contemporaines occidentales actuelles qui valorisent davantage le plaisir sexuel de la femme que par le passé, certains couples peuvent avoir tendance à surestimer le temps que devrait durer la pénétration vaginale, et à croire de façon erronée qu'elle devrait être en tout temps une source de stimulation menant à l'orgasme chez les deux membres du couple – attente pour le moins irréaliste. Il arrive parfois que des couples apposent à l'homme un autodiagnostic d'éjaculation précoce alors que la durée de la pénétration correspond tout à fait aux normes recensées. Ainsi, il importe lors de l'évaluation d'explorer les autres modes de stimulation utilisés par le couple. Qui plus est, certaines difficultés au niveau du contrôle de l'éjaculation sont normales dans certaines situations : premières expériences sexuelles, grande période de temps depuis la dernière relation sexuelle ou la dernière masturbation. Selon l'étude épidémiologique de Laumann *et al*. (1999), entre 28 % et 32 % des hommes aux États-Unis rapportent avoir des orgasmes trop rapidement, et cette dysfonction diminuerait avec l'âge (Laumann *et al*., 1999).

Plusieurs facteurs psychosociaux sont associés au trouble de l'éjaculation précoce, par exemple le fait d'être peu scolarisé et d'avoir été abusé sexuellement (Laumann *et al*., 1999). Ces hommes seraient aussi plus anxieux et plus déprimés que les sujets normaux (Munjack *et al*., 1984). Les explications biologiques laissent supposer que l'éjaculation précoce serait une caractéristique biologique adaptative, telle une hypersensibilité du pénis qui favoriserait la reproduction. L'éjaculation serait modulée par les systèmes nerveux sympathique et parasympathique. Ainsi, la majorité des psychotropes inhibent l'éjaculation (p. ex., neuroleptiques, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou ISRS, benzodiazépines, etc.).

À cet effet, les seules études contrôlées visant à évaluer l'efficacité du traitement de l'éjaculation précoce ont porté sur les ISRS. Selon Althof *et al*. (1995), les ISRS améliorent non seulement le temps de latence entre le début de la pénétration et l'éjaculation, mais aussi la fréquence des orgasmes de la partenaire ainsi que la satisfaction conjugale. En ce qui concerne les traitements psychosociaux, il importe pour l'homme d'apprendre à identifier les différents niveaux d'excitation en tenant compte de l'importance du contexte relationnel et de la réaction de la partenaire. Les membres du couple doivent reconnaître qu'ils peuvent se donner du plaisir de différentes façons en cessant de focaliser uniquement sur la pénétration.

2.6. Le trouble de l'orgasme chez l'homme

Le trouble de l'orgasme chez l'homme est caractérisé par l'absence ou le retard persistant ou répété de l'orgasme après une période d'excitation sexuelle normale lors d'une activité sexuelle que le clinicien juge adéquate en intensité et en durée quant à son orientation sexuelle et compte tenu de l'âge du sujet (DSM-IV, 1994). Généralement, l'homme qui en souffre arrive à éjaculer lorsqu'il se masturbe, mais plus difficilement en contexte relationnel. Sa prévalence serait de 7 % à 9 % (Laumann *et al*., 1999). Quelques facteurs étiologiques ont été recensés chez l'homme souffrant d'un trouble de l'orgasme dont une mauvaise santé en général, la prise de médicaments, un sentiment de culpabilité, de l'anxiété, un traumatisme, une stimulation sexuelle inadéquate et de l'hostilité envers la partenaire (Trudel, 2000). Les principales stratégies de traitement devraient viser l'augmentation des stimulations, tant directe que contextuelle (ambiance, fantasmes), la réduction de l'anxiété, l'exploration envers le droit au plaisir et la capacité d'abandon du client. Masters et Johnson (1970) suggèrent également de la sensibilisation corporelle avec l'accent mis sur la stimulation pénienne à l'aide d'un lubrifiant.

2.7. Conclusion

Les descriptions de traitements de dysfonctions sexuelles, en particulier les approches cognitives-comportementales incluant les travaux de Masters et Johnson, laissent miroiter une résolution relativement simple et rapide du problème lorsque certains exercices spécifiques sont prescrits par le thérapeute et exécutés par les clients. La réalité est plus complexe ; quoique plusieurs problématiques peuvent nécessiter en moyenne 15 à 20 rencontres, il n'est pas rare que les couples continuent la thérapie pendant un an ou qu'ils reviennent lorsque les difficultés (p. ex., baisse de désir) commencent à réapparaître. Par ailleurs, plusieurs couples demeurent réticents à pratiquer certains exercices et un travail préalable en séance doit souvent être effectué afin de faciliter la mise en application à la maison. Ainsi, on recommande généralement aux couples d'évaluer les progrès après une période minimale de six mois, après quoi l'on peut envisager de modifier les objectifs de départ ou d'en élaborer de nouveaux.

3. SEXUALITÉ ATYPIQUE : DESCRIPTION CLINIQUE ET TRAITEMENT

La sexualité atypique englobe toutes les pratiques sexuelles jugées déviantes et n'ayant pas trait à un dysfonctionnement du cycle de la réponse sexuelle. Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), les comportements sexuels atypiques comprennent l'attirance à des objets ou à des personnes inappropriés, tels que des enfants, ainsi que des comportements sexuels impliquant des éléments de contrôle, d'humiliation, d'absence de consentement et/ou d'activités agressives. Les impulsions sexuelles, les fantasmes ou les comportements sexuels reliés à la déviance doivent survenir de façon intense et répétée, ainsi qu'être présents depuis au moins six mois. Bien que ces problématiques se retrouvent plutôt chez les hommes, les femmes peuvent occasionnellement

recevoir un diagnostic de déviance sexuelle (Fedoroff, Fishell et Fedoroff, 1999). Selon le DSM-IV, qui utilise le terme *paraphilie* pour décrire les comportements sexuels déviants, cette catégorie diagnostique comprend l'exhibitionnisme, le fétichisme, le frotteurisme, la pédophilie, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, le transvestisme fétichiste, le voyeurisme et la paraphilie non spécifiée. Il arrive souvent que les clients présentent plusieurs déviances en comorbidité (Hall et Andersen, 1993).

Sur le plan clinique, la catégorie des déviances se divise en deux volets : comportements sexuels criminels ou actes contre autrui, et comportements sexuels atypiques non criminels. Cette division est importante à saisir lors de l'évaluation et du traitement psychologique d'individus présentant des déviances sexuelles. Pour les déviances criminelles telles que la pédophilie, l'exhibitionnisme, le voyeurisme et le frotteurisme, les répercussions négatives sont plus sévères pour le couple. Par conséquent, le traitement est plus laborieux et il est suggéré que les thérapeutes réfèrent leurs clients à des experts en traitement de délinquants sexuels criminels ou à d'autres ressources traitant ces problématiques (voir Laws et O'Donohue, 1997). Pour les besoins du présent chapitre, nous nous concentrerons sur la sexualité atypique qui n'est pas de nature criminelle.

3.1. Les comportements sexuels atypiques

Il y aurait cinq types de déviances sexuelles non criminelles : le fétichisme, le masochisme, le sadisme, le transvestisme fétichiste et la paraphilie non spécifiée. Nous n'aborderons pas le dernier diagnostic dans ce chapitre. Le fétichisme n'implique pas une autre personne, mais plutôt des objets inanimés qui produisent de l'excitation sexuelle lorsqu'ils sont touchés ou utilisés. Ce sont parfois des articles de vêtements féminins qui sont érotisés, mais l'érotisation n'est pas limitée à ces items et concerne souvent des objets anodins et aucunement reliés à la sexualité (p. ex., des pneus). Pour que ce trouble soit significatif, la personne doit avoir besoin de l'objet fétiche pour obtenir l'excitation sexuelle (American Psychiatric Association, 1994). Dans plusieurs cas, ce type de déviance se développe tôt à l'adolescence ou à l'enfance.

Le masochisme sexuel a trait au désir d'être humilié, battu, attaché ou de souffrir pour obtenir une gratification sexuelle (American Psychiatric Association, 1994). Pour faire le diagnostic de ce trouble, les comportements doivent être réels et non simulés. De plus, le client doit ressentir une détresse ou les comportements doivent nuire aux autres sphères sociales. Il est estimé qu'environ 5 à 10 % des personnes ont déjà utilisé des comportements masochistes lors de leurs jeux sexuels, tel que bander les yeux, recevoir une fessée, ou se faire attacher (Laws et O'Donohue, 1997). De plus, les fantasmes masochistes sont deux fois plus fréquents que les comportements masochistes dans la population générale.

L'inverse du masochisme sexuel est le sadisme sexuel. La prévalence de ce trouble varie de 2 % à 33 % pour les femmes et de 5 à 50 % pour les hommes (Laws et O'Donohue, 1997). Par contre, ces taux incluent les fantasmes sadiques ainsi que les

comportements, ce qui implique que le diagnostic de sadisme sexuel peut être fait même en l'absence de son corollaire comportemental si les fantasmes sont intenses et persistants. Cette déviance comprend le désir et l'excitation sexuelle dérivée de la souffrance et l'humiliation d'autrui (American Psychiatric Association, 1994). Ces comportements réels peuvent se produire lors d'un échange entre partenaires consentants et, souvent, les couples peuvent se partager les rôles de masochiste et de sadique. Par conséquent, ces situations engendrent moins de détresse ou de difficultés interpersonnelles. Cependant, le trouble de sadisme sexuel est plus problématique lorsque le passage à l'acte implique une personne non consentante. Dans ces cas, les comportements accroissent en danger et deviennent criminels. Ils peuvent impliquer la torture et même le meurtre.

Selon le DSM-IV (1994), le transvestisme fétichiste, pour les hommes, comporte le désir de s'habiller en vêtements féminins (certains items ou en totalité), et le sentiment d'excitation sexuelle que ce comportement apporte. Cette problématique se retrouve surtout chez les hommes hétérosexuels, mais des cas de travestissement sexuel chez les femmes ont déjà été rapportés (Fedoroff, Fishell et Fedoroff, 1999). Une étude effectuée en Suède a trouvé un taux de prévalence de 2,8 % chez les hommes et 0,4 % chez les femmes (Langström et Zucker, 2005). Ce comportement non conventionnel se développe souvent dans l'enfance ou au début de l'adolescence. Généralement, le comportement de travestissement permet au client de diminuer son anxiété ou ses symptômes de dépression (Langström et Zucker, 2005). Pour bien évaluer le transvestisme fétichiste, le clinicien doit s'assurer que les comportements ne sont pas liés à un désir de devenir une personne du sexe opposé. Si c'est le cas, la problématique renvoie plutôt à un trouble de l'identité sexuelle.

3.2. Le traitement en thérapie de couple

Les déviances sexuelles présentent un défi intéressant pour la thérapie conjugale. Pour les clients présentant un comportement sexuel déviant, l'activité engendre beaucoup de plaisir et de satisfaction, ce qui renforce le comportement (Laws et O'Donohue, 1997). Les couples qui partagent volontairement des activités sexuelles non conventionnelles et qui sont à l'aise avec leur sexualité ne consultent pas, même si leurs impulsions sont fortes et répétées. En fait, moins de 5 % des gens qui ont une déviance sexuelle consultent parce qu'ils croient qu'ils ont un problème (Maletzky et Steinhauser, 2004).

Généralement, les couples ne consultent pas pour les problématiques de sexualité atypique, mais elles peuvent être découvertes en cours de thérapie. Par ailleurs, il y a actuellement une montée de consultations associées à la cyberdépendance, dont les intérêts sexuels déviants sont fréquemment l'objet. La découverte d'intérêts ou de pratiques sexuelles déviantes, telle l'utilisation d'Internet pour visionner de la pornographie à caractère déviant, peut engendrer une crise au sein du couple et le fragiliser. Ainsi, la peur d'abandon par le partenaire diminue la motivation et la possibilité de dévoilement

de la préférence sexuelle atypique lors des séances de thérapie (Maletzky et Steinhauser, 2004). Le ou la partenaire ne connaît pas toujours les désirs atypiques de l'autre car le/la partenaire vivant avec ces désirs sexuels particuliers ne veut pas dévoiler ses préférences sexuelles (Fedoroff, Fishell et Fedoroff, 1999).

Il est souvent préférable que la déviance soit traitée en thérapie individuelle avant d'être abordée en thérapie de couple, car les traitements spécifiques à cette problématique focalisent en premier lieu sur la personne concernée par opposition à la dynamique de couple. De plus, ceci permet au client de mieux gérer la déviance et la détresse qui y est associée avant d'entreprendre une thérapie conjugale. Par contre, le soutien et l'encouragement du partenaire pendant le processus thérapeutique peuvent favoriser un meilleur résultat. L'objectif de la thérapie peut varier selon l'individu et le couple, mais elle vise généralement à la fois la diminution de l'intérêt atypique et l'acceptation de certains comportements non conventionnels au sein de la vie sexuelle du couple.

Lors de l'évaluation, le thérapeute doit identifier si le comportement non conventionnel est nécessaire à l'excitation sexuelle ou si c'est plutôt un ajout au répertoire sexuel du client (Laws et O'Donohue, 1997). Si la déviance n'est pas primordiale à la satisfaction sexuelle du client, le traitement sera plus efficace. À la suite de l'évaluation, le reconditionnement masturbatoire est souvent prescrit pour que le client apprenne à érotiser des comportements sexuels plus acceptables et diminuer son attirance envers l'intérêt atypique. Si l'individu consulte en couple, l'entraînement à la communication et la sensibilisation corporelle sont prescrits pour favoriser un rapprochement dans le couple ainsi que pour permettre l'obtention de plaisir sexuel avec des comportements plus conventionnels. Parallèlement, les distorsions cognitives et les rationalisations sont confrontées et modifiées pour diminuer le renforcement du comportement (Maletzky et Steinhauser, 2004). De plus, l'entraînement aux habiletés sociales et l'affirmation de soi sont souvent suggérés pour permettre au client de mieux gérer les situations de stress et ses préférences sexuelles atypiques. Par la suite, la prévention de la récidive est utile pour lui permettre d'identifier le cycle du passage à l'acte (Laws et O'Donohue, 1997). Cette approche permet de reconnaître les pensées, les situations et les comportements qui mènent à la récidive ainsi que de les gérer pour empêcher le passage à l'acte.

En conclusion, le traitement de déviances sexuelles est plus fréquent qu'avant en thérapie conjugale, en particulier à cause de l'avènement d'Internet et de la cyberpornographie. Souvent, le secret de l'intérêt sexuel non conventionnel est dévoilé de façon inattendue au cours des séances. Malgré cet imprévu, un thérapeute conjugal peut collaborer avec le couple pour gérer cette problématique lorsqu'il s'agit d'une déviance non criminelle, et référer en thérapie individuelle pour un traitement plus spécifique du comportement atypique. Il importe toutefois de garder en tête qu'un

succès thérapeutique ne réside pas dans l'abandon complet de la préférence atypique mais dans des changements comportementaux qui témoigneront d'un plus grand respect des besoins, sexuels et autres, de chacun.

4. COMMENT TRAVAILLER AVEC DES COUPLES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES SEXUELS : PRINCIPES GÉNÉRAUX

4.1. Pourquoi est-ce difficile pour les intervenants de parler de sexualité avec les couples qui les consultent ?

Plusieurs facteurs rendent difficile la tâche pour les intervenants d'aborder la sexualité avec les couples qui les consultent. Dans un premier temps, une majorité de professionnels de la santé peut ressentir un malaise initial lorsque vient le temps de discuter d'une sphère aussi intime que la sexualité avec leurs clients, en particulier à cause de la pauvreté des programmes de formation en psychologie dans le domaine de la sexualité. On peut avoir peur que notre malaise soit visible, de ne pas savoir comment poser les bonnes questions, de ne pas savoir comment réagir au contenu sexuel qui sera dévoilé, ou d'avoir l'impression de se retrouver dans la chambre à coucher de nos clients, de franchir une frontière qui nous semble infranchissable. Pourtant, 1) la sexualité fait partie intégrante de la vie intime des couples, 2) il est fort probable que les couples qui consultent pour des problèmes conjugaux ont aussi des insatisfactions sur le plan sexuel et 3) les couples ont de la difficulté à aborder eux-mêmes les aspects sexuels de leur relation mais sont souvent soulagés lorsqu'un professionnel de la santé prend l'initiative de le faire.

Le malaise entourant la sphère sexuelle n'est souvent pas très différent du malaise que nous avons pu ressentir lors de nos premiers entretiens thérapeutiques avec des clients qui souffraient de problèmes que nous n'avions jamais encore traités (Risen, 2003), ou encore de nos premiers entretiens thérapeutiques avec des couples alors que nous avions été habitués à traiter un seul individu à la fois. Ce malaise est relativement facile à surmonter lorsque l'on croit en l'importance de ne pas taire l'aspect sexuel de la relation de couple et lorsque l'on est prêt à vivre un peu d'anxiété dans le but d'apprendre de nouvelles habiletés. Les qualités requises pour permettre aux couples de dévoiler des pans de leur vie sexuelle sont sensiblement les mêmes que nous avons développées au fil des ans pour faciliter tout type de dévoilement, peu importe sa nature : une attitude d'ouverture et d'acceptation, de l'empathie, la démonstration d'un intérêt sincère pour ce qui est raconté et une absence relative de jugement vis-à-vis l'histoire qui nous est révélée et le rôle que le client y joue.

Dans un deuxième temps, les intervenants qui œuvrent en thérapie de couple peuvent avoir certaines idées préconçues concernant le rôle de la sexualité dans le motif de consultation ainsi que dans le processus thérapeutique. Par exemple, l'on peut penser

que si des problèmes sexuels existent, ils sont forcément causés par les problèmes de couple et qu'il n'est donc jamais nécessaire de les aborder directement. Néanmoins, quoique les dysfonctions sexuelles soient influencées par la dynamique conjugale, elles sont des entités cliniques à part entière qui ne se règlent pas miraculeusement d'elles-mêmes. Tel que nous l'avons vu dans la section précédente, il existe une multitude de facteurs associés au développement d'une dysfonction sexuelle – les problèmes de couple en étant un parmi d'autres. Par exemple, dans le cas d'un trouble érectile chez un homme de plus de soixante ans, certaines composantes biomédicales doivent être évaluées afin d'offrir les meilleures chances au couple de rétablir une vie sexuelle satisfaisante. Ne pas aborder la question avec le couple contribue à diminuer ses chances de trouver le traitement approprié. La résolution d'une dysfonction sexuelle passe généralement par un réapprentissage qui ne peut pas avoir lieu si la question de la sexualité et des anxiétés qu'elle suscite chez le couple n'est jamais discutée.

À l'opposé, l'on peut adhérer à l'idée voulant que les problèmes sexuels soient entièrement indépendants des problèmes de couple et, pour cette raison, croire qu'ils peuvent être ignorés ou faire l'objet d'une sexothérapie en parallèle, au besoin. Cependant, pour comprendre la signification d'une interaction sexuelle ou d'un problème sexuel donné, il faut tenir compte du patron d'interactions des individus dans le couple en dehors de leur vie sexuelle ainsi que de l'histoire du couple (Schnarch, 1991), au même titre qu'il faut tenir compte des facteurs cognitifs et biomédicaux qui peuvent avoir contribué au développement du problème. Ainsi, plusieurs sexologues s'entendent pour dire qu'il est toujours préférable de traiter une dysfonction sexuelle en incluant les deux membres du couple lorsque cela est possible, ou tout au moins rencontrer les deux membres du couple afin d'évaluer la contribution des facteurs relationnels au développement et au maintien de la ou des dysfonctions sexuelles (p. ex., Pridal et LoPiccolo, 2000). Ainsi, l'intervenant œuvrant dans le domaine de la thérapie de couple est souvent le mieux placé pour comprendre la dynamique relationnelle et formuler des hypothèses concernant le rôle de la dyade dans la problématique sexuelle. Il peut dans un premier temps évaluer la nature des difficultés et, dans un deuxième temps, selon sa formation et l'ampleur des défis posés par le cas, soit formuler des recommandations de traitement et faire équipe avec le ou les professionnels de la santé qui seront appelés à traiter le problème sexuel, soit traiter lui-même le problème sexuel dans le cadre de la thérapie de couple.

4.2. L'évaluation des dysfonctions sexuelles chez le couple

Bien qu'ils ne soient pas l'objet de ce chapitre, il existe plusieurs outils psychométriques permettant d'évaluer divers aspects de la fonction sexuelle des hommes et des femmes (voir Daker-White, 2002). À titre d'exemple, nommons le Derogatis Sexual Functioning Inventory (Derogatis, 1998) et le Sexual History Form (Creti *et al.*, 1998), pour lesquels il y a une version française, ainsi que le Female Sexual Function Index (Rosen *et al.*,

2000), pour lequel il n'y a pas encore de version française validée[1]. Cependant, l'entrevue d'évaluation demeure le moyen privilégié de diagnostiquer une problématique sexuelle et comprendre les éléments qui l'ont précédée, ceux qui la maintiennent et les conséquences engendrées par le trouble, tant des points de vue individuel que relationnel et social. Le tableau 7.1 ci-dessous résume les principales étapes de l'évaluation sexologique de couple.

TABLEAU 7.1
Principales étapes de l'évaluation sexologique de couple

1. Favoriser le confort des clients dans le dévoilement du matériel sexuel : intérêt, acceptation, empathie, confort du thérapeute vis-à-vis la sexualité ; questions ouvertes
2. Description du scénario sexuel typique et évaluation des phases de la réponse sexuelle pour chacun des membres du couple : désir, excitation, orgasme
3. Fréquence des relations sexuelles et de la masturbation
4. Histoire sexuelle de chacun des membres du couple ; peut se faire en rencontres individuelles
5. Rôle des facteurs biomédicaux : santé physique, médicaments, drogue, alcool
6. Dynamique conjugale : comment affecte-t-elle la sexualité, et comment la sexualité l'affecte-t-elle ?
7. Émotions, cognitions et comportements entourant le problème sexuel
8. Aborder scepticisme/doute/inconfort/peurs des clients ; attitude non défensive et sécurisante ; éducation au processus sexothérapeutique

Outre les objectifs habituels d'une évaluation de couple, l'évaluation sexologique vise quatre objectifs. Tout d'abord, il est primordial de faciliter le confort des clients dans le dévoilement du matériel sexuel. Raconter sa vie sexuelle et son histoire sexuelle à un professionnel de la santé n'est pas chose facile et le faire devant son conjoint peut rendre la tâche encore plus intimidante. Les membres d'un couple parlent peu de sexualité entre eux, et encore moins de détails très intimes tels que la masturbation, les fantasmes, etc. Il est donc important de valider l'inconfort des clients et d'en tenir compte dans la façon dont les questions sont posées. Pour les intervenants œuvrant auprès des couples et voulant que la sexualité fasse partie de leur évaluation, une première question générale à poser pourrait être : « Parlez-moi un peu de votre vie sexuelle. Comment la décririez-vous ? », ou encore « Comment décririez-vous les points forts dans votre vie sexuelle ? Quels sont les points à améliorer ? ». Cette formulation transmet le message que la sexualité est un sujet qui est abordé en thérapie de couple et qu'il est permis, voire nécessaire d'en discuter, mais elle ne renvoie pas à des aspects spécifiques de la sexualité

1. Il est possible de se procurer la version française de ces deux questionnaires en communiquant directement avec leurs auteurs.

du couple. Par ailleurs, si l'on écoute trop l'inconfort des clients et, peut-être, son propre inconfort, l'on ne dépassera jamais le stade des généralités. Puisqu'une majorité d'individus répond de façon évasive à des questions intimes concernant la sexualité, il est primordial de les amener à préciser leurs propos afin d'obtenir l'information nécessaire à la formulation d'un diagnostic, par exemple : « Vous avez mentionné que vous avez parfois de la difficulté à atteindre l'orgasme : dans quelle proportion de vos relations sexuelles éprouvez-vous cette difficulté, et dans quelles situations vous est-il le plus difficile d'avoir un orgasme ? Lorsque vous atteignez l'orgasme, de quelle façon y arrivez-vous ? » Seules ces questions plus pointues vont permettre de déterminer s'il y a oui ou non présence de dysfonction sexuelle. De plus, ce type de questions témoigne du professionnalisme du thérapeute ainsi que de son confort vis-à-vis la sexualité – deux facteurs qui peuvent faciliter le dévoilement du contenu à caractère sexuel.

Un second objectif de l'évaluation sexologique a trait à l'analyse de la fonction sexuelle de chacun des membres du couple, c'est-à-dire chaque phase de la réponse sexuelle, soit le désir, l'excitation et l'orgasme. Des questions doivent aussi être posées en ce qui concerne la douleur pendant les relations sexuelles. Une bonne façon d'obtenir cette information passe par la description du scénario sexuel typique : « Lorsque vous avez une relation sexuelle, comment se déroule-t-elle habituellement ? » On demande au couple de préciser qui initie le plus souvent la relation, de quelle façon, pourquoi (p. ex., par désir ou par culpabilité ?), combien de temps est consacré aux jeux sexuels, s'il y a présence de lubrification chez la femme et d'érection chez l'homme, comment chacun atteint l'orgasme, etc. Si les membres du couple tendent à escamoter certains aspects du scénario, on les arrête doucement et on demande des spécifications. Il ne faut pas hésiter à poser des questions détaillées, en expliquant pourquoi on le fait si les clients semblent sceptiques ou très mal à l'aise.

En troisième lieu, l'évaluation sexologique vise à se familiariser avec l'histoire sexuelle de chacun des membres du couple, ce qui peut être fait dans des rencontres individuelles ainsi que dans des rencontres de couple, quoiqu'il faille s'attendre à une certaine autocensure lorsque le conjoint est présent. Une question qui permet d'entamer ce volet de l'évaluation sans être cependant trop intrusive est la suivante : « Comment avez-vous appris ce que vous savez aujourd'hui au sujet de la sexualité ? » (McCarthy, 2002). Tel que mentionné ci-dessus, il est toujours préférable de commencer par des questions plus générales et moins anxiogènes, pour ensuite amener les individus à préciser certaines informations. Un exemple de question plus précise, qui viendrait plus tard dans l'entretien, serait : « Quand et comment avez-vous commencé à vous masturber ? » Enfin, des questions propres à chacune des dysfonctions peuvent être posées (voir la section 2, intitulée « Dysfonctions sexuelles : prévalence, étiologie et survol des principaux traitements »).

Les derniers objectifs de l'évaluation renvoient à la compréhension clinique de la ou des dysfonctions. De façon plus spécifique, il importe de connaître l'apport des variables cognitives, affectives, relationnelles, comportementales et biomédicales dans

l'étiologie de la problématique sexuelle. Pour ce faire, il faut : 1) comprendre comment les membres du couple s'expliquent leur problème, le sens qu'ils y donnent et les conséquences qu'ils lui attribuent ; 2) identifier les émotions générées par la difficulté sexuelle : celles qui précèdent une relation sexuelle (p. ex., anxiété d'anticipation), celles ressenties pendant la relation (p. ex., peur de l'échec) et celles qui surviennent après la relation (p. ex., honte, culpabilité) ; 3) explorer en quoi la relation conjugale influence la vie sexuelle et vice versa ; 4) analyser les réactions comportementales de chacun des membres du couple (p. ex., évitement de l'initiation des relations sexuelles) et leur contribution au processus de détérioration de la fonction sexuelle ; 5) examiner le rôle des facteurs biomédicaux, incluant les effets secondaires des médications ; 6) déterminer s'il y a présence potentielle d'une composante organique et s'il est pertinent de référer à un spécialiste.

Étant donné la nature du thème – la sexualité –, il est rare que le clinicien obtienne toute l'information dont il a besoin lors du premier entretien d'évaluation. Certains faits seront mentionnés lors d'une séance ultérieure, lorsque l'alliance thérapeutique sera mieux consolidée, et d'autres ne seront mentionnés que lors d'une rencontre individuelle. Pour cette raison, plusieurs sexologues privilégient un protocole d'évaluation comprenant une entrevue initiale en couple, suivie d'une entrevue individuelle avec chacun des membres du couple. En sexothérapie, tout comme en thérapie de couple, ce mode d'évaluation soulève nécessairement la question des secrets, qui peuvent se présenter sous deux formes : d'une part, les secrets sexuels qui sont de nature privée mais non dommageable pour la relation, par exemple, « Brad Pitt apparaît parfois dans mes fantasmes », ou à l'opposé, des secrets qui peuvent nuire à la relation de manière substantielle s'ils sont dévoilés, par exemple « des enfants apparaissent souvent dans mes fantasmes » (Risen, 2003). La révélation de secrets sexuels potentiellement destructeurs pour la relation ou qui feraient en sorte que le thérapeute se retrouve les mains liées pose inévitablement un dilemme, dont la résolution peut prendre différentes formes : encourager l'individu à partager son secret avec son conjoint, avec ou sans l'aide du thérapeute ; référer l'individu en thérapie individuelle tout en acceptant de travailler avec le couple, ou en refusant de travailler avec le couple, selon la nature du secret (p. ex., une liaison extraconjugale). De manière générale, les rencontres individuelles sont recommandées afin de permettre l'évaluation exhaustive de l'histoire sexuelle de chacun des membres du couple. Les avantages d'inclure des rencontres individuelles au processus d'évaluation surpassent habituellement les désavantages qui pourraient résulter d'un tel choix. Le plus souvent, les secrets sont mineurs et ont trait à la gêne qu'éprouvent les membres du couple à se révéler l'un à l'autre certains aspects de leur développement sexuel ou certains commentaires au sujet de leur vie sexuelle actuelle par peur de blesser l'autre. Le cas suivant constitue un exemple de secrets plus majeurs qui peuvent être révélés en rencontre individuelle et de leur impact sur l'issue de la thérapie.

Vignette clinique – Marie et Jacques

Marie et Jacques, deux individus dans la trentaine, sont venus consulter pour la baisse de désir de monsieur, quoiqu'en couple depuis déjà un an, ils n'avaient pas encore eu de relations sexuelles qui menaient à l'orgasme, mais s'adonnaient plutôt à des massages et à des caresses sur tout le corps. En entrevue de couple, Jacques disait être très amoureux de Marie et vouloir trouver une solution à son problème de désir. Marie semblait être elle-même assez inconfortable et naïve vis-à-vis la sexualité, donnant l'impression d'être une fille plutôt qu'une femme. Cependant, les deux semblaient motivés à travailler leur sexualité et surtout, à demeurer ensemble. En entrevue individuelle, Jacques a révélé qu'il avait déjà ressenti beaucoup de désir pour d'autres femmes, des femmes qu'il avait rencontrées par Internet et qui partageaient ses préférences sadomasochistes. Il n'avait jamais parlé de ses préférences à Marie et espérait développer du désir pour elle. Face au dilemme présenté par cette confidence, la thérapeute encouragea Jacques à dévoiler ses préférences à Marie graduellement en thérapie, et fit d'autres rencontres individuelles avec chacun des membres du couple afin de mieux comprendre l'étendue de leur différences en matière de sexualité. Lors de l'une de ces rencontres, Jacques révéla qu'il avait également des préférences pour de jeunes adolescents. Au bout de quelques mois, constatant que Jacques n'avait pas l'intention de s'ouvrir à Marie et voyant qu'il devenait de plus en plus clair que ce couple était incompatible sur le plan sexuel, il fut décidé de mettre un terme au processus thérapeutique, en recommandant à Jacques, lors d'une dernière rencontre individuelle, de poursuivre une sexothérapie seul. Lors d'une séance en couple, la thérapeute expliqua qu'elle avait l'impression que le couple ne bénéficiait pas beaucoup de la sexothérapie conjugale et qu'il serait plus approprié que le « problème de désir » de Jacques soit traité en thérapie individuelle.

En dernier lieu, il est particulièrement important lors de l'évaluation sexologique d'aborder le scepticisme, l'inconfort, les peurs, les doutes et les attentes de chacun des membres du couple. C'est probablement la meilleure façon de les impliquer dès le début dans le processus thérapeutique et de faire en sorte que les doutes initiaux ne se transforment pas en obstacles majeurs en cours de thérapie.

4.3. La phase initiale de la sexothérapie de couple : alliance thérapeutique, formulation des objectifs et éducation à la sexualité

L'objectif général de la sexothérapie conjugale est de favoriser le développement d'une sexualité satisfaisante pour les deux membres du couple, qui rende possible l'expérience du désir, de l'excitation sexuelle et de l'orgasme, et ce par opposition à la seule résolution

de la dysfonction sexuelle chez l'individu qui en souffre. Cette sexualité devrait s'exprimer dans un climat de confiance où l'exploration du potentiel sexuel de chacun est favorisée.

La première phase de la thérapie est caractérisée par le développement de l'alliance thérapeutique, la formulation des objectifs et l'éducation à la sexualité. Le principal défi en thérapie de couple du point de vue de l'alliance thérapeutique est d'arriver à développer une relation de confiance avec chacun des membres de la dyade, où il est possible d'aborder les enjeux et difficultés propres à chaque individu sans qu'il suppose d'emblée que nous ne sommes pas son allié. Ce défi se complique dans un contexte de sexothérapie puisqu'il existe peu de thèmes aussi sensibles et délicats pour un couple et un individu que la sexualité. Le thérapeute entre dans une zone très intime où se logent plusieurs vulnérabilités, souvent non divulguées au conjoint, et parfois non apparentes aux yeux de l'individu lui-même. Des enjeux qui sont présents à d'autres niveaux de la relation prennent souvent une signification plus grande, accompagnée d'une charge émotive intense, lorsqu'il est question de sexualité. Par exemple, dans le cas où l'un des individus souffre d'une baisse de désir, il sera souvent nécessaire d'explorer ses inhibitions sexuelles et de l'amener à surmonter graduellement son anxiété et son inconfort, tout comme il sera nécessaire d'amener l'autre membre du couple à examiner pourquoi il n'arrive pas à injecter de nouveauté dans leur vie sexuelle en faisant clairement part de ses besoins et préférences sexuelles à l'autre, et pourquoi il réagit à la baisse de désir en se sentant rejeté et inadéquat. L'une des habiletés les plus importantes à développer est la capacité à ne pas reproduire en thérapie la dynamique conjugale où le conjoint sain fait pression sur le conjoint dysfonctionnel afin qu'il règle « son » problème, et son corollaire, la capacité à voir le rôle de chacun des membres du couple dans le développement et le maintien du problème sexuel. Quoique ces habiletés soient essentielles à développer pour tout thérapeute conjugal, le sexothérapeute sera peut-être davantage à risque de triangulation étant donné la menace plus grande que représente pour le couple un problème sexuel comparativement à un autre type de problème. En d'autres mots, c'est souvent dans la sexualité que s'expriment avec force les éléments fragilisants d'un couple et des individus qui le composent, et que tous préfèrent éviter, incluant le thérapeute. Mentionnons le sens de sa masculinité ou de sa féminité, les traumatismes sexuels, la relation au plaisir, la capacité d'abandon, la capacité à se faire confiance et à faire confiance à l'autre, l'acceptation de soi et de l'autre en tant qu'être humain complexe et imparfait, la peur du rejet, la peur d'être engouffré par la relation, qui sont autant de facteurs qui affectent le développement de l'intimité tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la chambre à coucher.

L'éducation à la sexualité se fait tout au long de la thérapie, mais elle est une composante importante de la phase initiale, nécessairement liée à l'alliance thérapeutique. En effet, elle implique entre autres une reconceptualisation de la sexualité comme étant un phénomène complexe influencé par les comportements, les émotions, les

pensées, les interactions de couple et la biologie, par opposition à un phénomène « naturel » qui va de soi. Cette reconceptualisation va contribuer à motiver les deux membres du couple à prendre part au processus thérapeutique puisqu'elle permet de mettre en relief les rôles respectifs de chacun. De plus, l'éducation va porter sur différents mythes qui entravent la sexualité d'une majorité de couples hétérosexuels, dont celui selon lequel la pénétration vaginale est l'activité sexuelle la plus importante – tout le reste ne servant qu'à préparer le couple à cette activité – ainsi que la croyance, signe des temps, voulant que la sexualité soit une performance, ou encore que *tous* les échanges sexuels doivent être passionnants, et enfin d'autres mythes propres à chaque dysfonction. L'éducation s'adresse aux deux membres du couple et est prodiguée de manière à les faire réfléchir tous deux.

Les objectifs thérapeutiques visent à intégrer et à motiver les deux partenaires, ce qui n'est pas toujours aisé dans une situation où seulement l'un des deux membres du couple présente une dysfonction sexuelle. Le partenaire « fonctionnel » peut croire qu'il est en thérapie seulement pour appuyer son conjoint et non pour participer activement au processus ; il est facile de considérer que celui qui est dysfonctionnel est malsain et que l'autre est sain. Il va sans dire que dans la phase initiale de la sexothérapie, le thérapeute travaille fort à modifier cette vision des choses.

Une intervention qui permet à la fois de développer l'alliance, les objectifs et une vision plus équilibrée de la sexualité est le recadrage du problème sexuel individuel en termes relationnels, ou, en d'autres mots, de proposer une définition du problème qui soit différente de celle amenée par le couple. Il s'agit de communiquer aux membres du couple qu'ils sont des cocréateurs du problème, et cela même lorsqu'il y a des composantes biomédicales, puisque le problème sexuel englobe généralement plus que la simple dysfonction de l'un des individus. Par exemple, le thérapeute pourrait dire quelque chose comme : « Vous n'êtes ni l'un ni l'autre responsable de la vestibulite vulvaire de madame, qui occasionne de la douleur pendant les relations sexuelles, mais vous avez tous deux joué un rôle dans la détérioration de votre vie sexuelle, selon la façon dont vous avez choisi de composer avec cette douleur, par exemple en évitant de parler du problème et en refusant d'investir d'autres aspects de votre sexualité que la pénétration. » Il ne s'agit pas de culpabiliser le couple mais plutôt, graduellement, de lui donner davantage de contrôle sur la situation en amenant les partenaires à considérer que leurs réactions ont pu contribuer d'une part à aggraver la douleur et d'autre part à diminuer leur désir et leur excitation sexuelle, diminuant par le fait même la qualité et la fréquence des activités sexuelles. Cette nouvelle définition du problème peut être présentée comme une hypothèse de travail à propos de laquelle nous voulons discuter avec eux. Ce type d'intervention permet de déstigmatiser la personne souffrant de la dysfonction, de formuler des objectifs qui incluent et interpellent le partenaire dit « fonctionnel » et de former une alliance thérapeutique avec chacun des membres du couple. Le cas clinique suivant représente un exemple de recadrage du problème et démontre le contraste qui peut exister entre la vision du couple et la vision du thérapeute.

Vignette clinique – Simone et Marc

Simone et Marc, un couple dans la fin de la vingtaine, mariés et avec deux enfants, sont venus consulter à l'initiative de Marc, qui se disait très insatisfait de leur vie sexuelle et qui voulait que Simone règle « son » problème de désir. Le couple avait des relations sexuelles environ deux fois par semaine, mais Marc désirait une fréquence d'au moins trois à quatre fois par semaine, et surtout, il voulait que sa femme le désire davantage et prenne plus souvent l'initiative. Lorsqu'on les a questionnés au sujet de leurs occupations respectives et de leurs moments de loisir, il s'est avéré que Simone avait un poste de cadre haut placé dans une firme comptable et travaillait cinquante heures par semaine, alors que Marc travaillait à son compte environ une trentaine d'heures par semaine. Lorsqu'elle était à la maison, Simone s'occupait des enfants jusqu'à leur coucher. Les fins de semaine, Marc invitait des amis à souper. De plus, Marc avait tendance à ne pas assumer sa part des tâches ménagères. Tous deux décrivaient Simone comme étant quelqu'un qui avait de la difficulté à se faire plaisir, à s'amuser, alors que Marc était tout le contraire. Selon eux, c'est Simone qui avait un problème et ils pensaient qu'une thérapie individuelle était indiquée. Ils étaient d'ailleurs venus en couple selon la recommandation du thérapeute au téléphone. Il leur fut proposé que Simone ne souffrait pas d'un trouble du désir, mais qu'il serait possible qu'ils travaillent tous deux en thérapie, d'une part, à faire une plus grande place au couple dans leur vie et, d'autre part, à raviver leur vie sexuelle dans le but de la rendre plus stimulante pour les deux membres du couple. Cependant, le couple prétexta initialement une incompatibilité d'horaires qui rendrait la thérapie de couple difficile, quoique les époux se disaient d'accord en principe pour entreprendre ce type de démarche. Simone revint en thérapie individuelle pendant quelques séances, mais puisque le thérapeute insistait pour voir les deux membres du couple et que le conjoint de Simone ne semblait pas disponible, cette dernière abandonna la thérapie.

Une autre façon de travailler simultanément sur les trois objectifs du début de la thérapie est d'introduire deux concepts qui guideront le couple tout au long du processus thérapeutique et qui sont présentés comme étant les ingrédients essentiels d'une sexualité satisfaisante, peu importe le point de départ du couple. Le premier est que chaque individu est responsable de sa sexualité (McCarthy, 2002), c'est-à-dire que chaque membre du couple a la mission d'apprendre à connaître ses besoins et ses préférences en matière de sexualité et de les communiquer à l'autre, ainsi que de confronter ses inhibitions et de développer son érotisme. Les objectifs individuels peuvent ainsi s'articuler autour de ce premier concept, qui dépasse le seul symptôme sexuel et permet d'inclure le conjoint dit « fonctionnel ». Le second est que le couple fonctionne en tant qu'unité intime, ce qui signifie que la sexualité est un processus interpersonnel où les deux individus doivent collaborer afin d'atteindre leur objectif d'une sexualité plus fonctionnelle et épanouie, peu importe de qui souffre d'une dysfonction ou non. On

leur communique qu'ils vont soit résoudre le problème sexuel à deux, soit échouer tous les deux (McCarthy, 2002). Ainsi, dans l'élaboration des objectifs, nous pourrions demander : « Comme couple, que voulez-vous voir changer dans votre sexualité ? »

Lorsque la phase initiale de la thérapie s'est relativement bien déroulée et que les deux membres du couple ont peu à peu intégré la nouvelle vision de la sexualité et du problème sexuel proposée par le thérapeute, il est alors possible de débuter le travail de changement des comportements sexuels, selon les objectifs qui ont été formulés.

4.4. Les principales stratégies d'intervention

Le traitement des dysfonctions sexuelles s'est complexifié au cours des dix dernières années, d'une part parce que l'état des connaissances évolue et que l'on comprend que plusieurs facteurs biopsychosociaux sont impliqués dans le développement et le maintien d'une dysfonction, mais également à cause du phénomène de médicalisation de la sexualité (voir la section 5), qui a pour conséquence d'offrir davantage de choix de traitements aux couples qui consultent. L'objectif de la présente section n'est donc pas de décrire toutes les interventions utilisées dans le traitement des dysfonctions sexuelles, mais plutôt de résumer celles qui sont les plus couramment utilisées en sexothérapie de couple, et ce indépendamment de la dysfonction sexuelle. Ainsi, nous tenterons de décrire le processus habituel dans lequel les couples s'engagent lors de la phase active de la sexothérapie. Ce processus regroupe un ensemble de stratégies d'intervention et d'exercices à faire à la maison, dont l'autoexploration, la masturbation, la sensibilisation corporelle, ainsi que l'identification et la communication des besoins et préférences sexuelles.

A. Fonction des stratégies et exercices

Outre leur utilité dans la résolution de la dysfonction à l'origine du motif de consultation, ces stratégies et exercices permettent de travailler à la réalisation d'un objectif fréquent en sexothérapie de couple, soit celui de diversifier et d'élargir le répertoire sexuel. En effet, qu'il s'agisse d'individus souffrant d'une baisse de désir qui s'adonnent à une sexualité qui leur paraît routinière, ou parce qu'une dysfonction donnée (p. ex., un trouble érectile) a fait en sorte de limiter l'étendue des activités sexuelles, les couples qui consultent pour un problème sexuel ont fréquemment un registre de comportements sexuels assez restreint. La diversification du répertoire d'activités sexuelles est souvent un préalable à la résolution d'une majorité de dysfonctions sexuelles. En ce sens, les stratégies et exercices permettent : 1) de briser le cycle d'évitement des relations sexuelles dans lequel plusieurs couples se trouvent pris ; 2) de confronter les inhibitions et les fausses croyances à l'origine de l'évitement et qui ont souvent contribué au développement de la dysfonction (p. ex., si je ne peux pas avoir une érection complète à chaque relation sexuelle, je ne pourrai jamais satisfaire ma partenaire) ; 3) d'évaluer de manière continue les facteurs qui posent un frein à une vie sexuelle épanouie (p. ex., la difficulté

à recevoir) ; 4) d'essayer de nouveaux comportements sexuels. Afin de maximiser les chances de succès de la pratique des exercices et afin que le couple bénéficie le plus possible des changements positifs qu'ils peuvent susciter, il est primordial d'en expliquer clairement le déroulement ainsi que la justification, et de lier cette dernière au motif de consultation. Enfin, certains couples presseront le thérapeute de leur recommander des exercices dès la première séance, mais lorsqu'ils sont prescrits trop rapidement et surtout sans une connaissance approfondie des facteurs étiologiques, ils peuvent contribuer à alimenter la pression de performance déjà existante dans le couple.

B. Autoexploration

Dans une optique de désensibilisation systématique et de confrontation graduelle de l'anxiété entourant la sexualité, il est souvent plus simple d'essayer un nouveau comportement sexuel seul plutôt qu'avec son partenaire. C'est pourquoi une séquence fréquemment suivie lors du traitement sexologique est de débuter par des exercices individuels qui seront peu à peu introduits/généralisés à la sexualité en couple. L'autoexploration est l'un de ces exercices. Il peut s'agir d'une autoexploration de ses organes génitaux dans le cas d'une femme anorgasmique (Barbach, 1975) ou souffrant de dyspareunie (Bergeron *et al*., 2001b), comme il peut s'agir d'une autoexploration plus générale de son propre corps dans le cas d'un trouble du désir. Dans les deux cas, on demande au client ou à la cliente de s'installer dans un endroit où il/elle ne sera pas dérangé, devant un miroir, et de noter les aspects positifs et négatifs remarqués lors de l'autoexploration. L'exercice à la maison peut s'accompagner d'éducation concernant l'anatomie des organes génitaux en séance de thérapie, avec schémas, textes, ou vidéo éducatifs. De plus, le membre du couple n'ayant pas fait l'exercice est appelé à exprimer son point de vue, qui va souvent à l'encontre des peurs ressenties par le ou la partenaire ayant fait l'exercice. Par exemple, une femme qui n'aime pas l'apparence de ses organes génitaux peut être surprise d'apprendre que pour son mari, ils sont une source d'excitation sexuelle et qu'il en a une vision très positive. Enfin, le thérapeute peut à son tour questionner et confronter la vision du client ayant fait l'exercice, ainsi qu'explorer la réaction affective de ce dernier. Cet exercice peut être repris jusqu'à ce que l'individu se sente relativement confortable de le pratiquer. Éventuellement et selon le type de dysfonction, il sera suivi de masturbation dirigée.

C. Masturbation dirigée

La masturbation dirigée est préconisée dans les cas d'anorgasmie et de trouble de l'excitation chez la femme, et d'éjaculation précoce, de trouble érectile et de trouble de l'orgasme chez l'homme. Elle peut aussi être recommandée aux femmes souffrant de dyspareunie et de vaginisme afin de leur permettre de renouer avec un aspect positif de leur sexualité dans un contexte non menaçant (Bergeron *et al*., 2001b). Lorsque cet exercice est la suite logique de l'autoexploration chez une femme n'ayant jamais fait l'expérience de l'orgasme ou n'en ayant pas eu depuis longtemps, il s'agit d'essayer

différentes façons de se caresser, dans différents endroits selon le degré de confort (baignoire, salle de bain, lit, etc.), dans différentes positions (couchée, assise, etc.), et avec ou sans vibrateur, toujours selon le degré de confort de la cliente et selon ses préférences sexuelles. L'autoexploration suivie de la masturbation dirigée est efficace à 90 % dans le traitement de l'anorgasmie primaire, lorsque le critère de succès est l'orgasme par masturbation (Barbach, 1975). La généralisation aux relations sexuelles avec le partenaire peut s'avérer plus complexe, mais elle est certainement facilitée dans un contexte de sexothérapie de couple, alors que le partenaire fait partie intégrante du processus thérapeutique depuis le début.

La séquence pour les dysfonctions sexuelles masculines est la même, mais la masturbation est adaptée à chaque dysfonction. Pour les hommes souffrant d'un trouble érectile, la masturbation dirigée visera entre autres à dédramatiser le phénomène de variation de la force de l'érection, c'est-à-dire de permettre à l'homme de s'habituer au fait que lors d'une relation sexuelle, les érections vont et viennent sans que cela ne doive être problématique en soi. Ainsi, la masturbation dirigée s'accompagne toujours d'un retour détaillé en thérapie, en portant une attention particulière aux différentes cognitions apparues lors de l'exercice. Leur restructuration s'effectue en séance, et des autoaffirmations peuvent être enseignées au client afin qu'il les applique lors des prochaines pratiques de l'exercice. Des lectures grand public tels que le livre de Bernie Zilbergeld sur la sexualité masculine (1993) viennent compléter et faciliter les exercices. La partenaire est invitée à partager sa vision de la sexualité et du rôle de l'érection de son conjoint dans cette dernière. L'homme peut être surpris d'apprendre que sa partenaire ressent davantage de plaisir et obtient plus facilement l'orgasme via la stimulation manuelle et orale – deux activités qui ne nécessitent pas que l'homme ait une érection – plutôt que par la pénétration vaginale. Graduellement, l'anxiété de performance de l'homme vient à diminuer et le couple développe une sexualité davantage axée sur le plaisir, par opposition à la performance. Selon les causes présumées du trouble érectile (p. ex., une technique de masturbation qui ne se généralise pas à la sexualité en couple), l'homme apprendra de nouvelles formes de stimulation qu'il pourra partager avec sa partenaire.

Pour les hommes souffrant d'éjaculation précoce, la masturbation dirigée incorpore la technique du départ-arrêt, qui consiste en l'arrêt de la stimulation au moment où l'excitation devient très élevée, suivi de sa reprise, éventuellement jusqu'à l'atteinte de l'orgasme. L'un des objectifs de cet exercice est d'apprendre à l'individu à identifier le point de non-retour à partir duquel l'éjaculation devient inévitable. La technique du départ-arrêt peut ensuite être intégrée à la sexualité de couple, où la partenaire pourra la pratiquer lors de la stimulation manuelle ou orale de son partenaire, puis où le couple pourra la pratiquer lors de la pénétration vaginale. Tel qu'indiqué ci-haut, cette intégration est facilitée par le contexte d'une sexothérapie de couple.

D. Sensibilisation corporelle

La sensibilisation corporelle, que l'on doit à Masters et Johnson (1970), est l'outil par excellence pour intégrer les apprentissages effectués dans un premier temps de façon individuelle, ou tout simplement pour réapprendre à connaître son corps et ses préférences, ainsi que le corps et les préférences du partenaire. Cet exercice de couple a initialement été développé afin de réduire l'anxiété de performance qui sous-tendrait, selon Masters et Johnson, plusieurs dysfonctions sexuelles. En effet, dans les couples où l'un souffre d'une dysfonction sexuelle, les individus se concentrent plutôt sur leur performance que sur les sensations agréables (p. ex., ai-je une érection ou non, est-elle assez forte, etc.), ce qui interfère avec la réponse sexuelle. De plus, la difficulté à focaliser sur les sensations agréables est souvent fonction de facteurs systémiques dans la relation actuelle. Lorsque le couple traverse une période conflictuelle et que les partenaires ne se sentent plus en confiance l'un avec l'autre, il devient plus difficile de se laisser aller pleinement au plaisir (Schnarch, 1991).

La sensibilisation corporelle comprend quatre étapes, qui n'ont pas toutes à être pratiquées, selon le motif de consultation et les progrès du couple. La première étape consiste en des massages et caresses prodigués de façon alternées (un partenaire caresse l'autre pendant une vingtaine de minutes, puis c'est au tour de celui qui a reçu des caresses d'en donner), mais en évitant les organes génitaux et les seins. Cette première étape se fait dans le silence. La seconde étape incorpore les caresses génitales et aux seins mais la stimulation soutenue qui mènerait à l'orgasme est proscrite, tout comme la pénétration vaginale. Le feedback verbal et manuel (p. ex., guider la main du partenaire) sont introduits. Lors de la troisième étape, le couple peut s'adonner à une stimulation soutenue pouvant mener à l'orgasme, et continue de pratiquer le feedback verbal et manuel. Enfin, lors de la quatrième étape, tout est permis, incluant la pénétration vaginale. On recommande au couple de continuer à pratiquer ce qu'ils ont appris/développé lors des étapes précédentes. À titre de point de repère, un couple peut pratiquer chacune des étapes pendant environ un mois.

Les thérapeutes disent parfois aux couples que la sensibilisation corporelle est relaxante. Cette consigne met énormément de pression sur eux car, en fait, ces exercices consistent en une sorte d'exposition à une situation qui est devenue ou qui a toujours été anxiogène. Un couple qui n'a pas eu de relations sexuelles depuis deux ans et à qui on recommande de se mettre nu et de se caresser ressentira un malaise en faisant l'exercice les premières fois. Ainsi, on commencera par une étape « avec vêtements » pour ce couple. De façon similaire, la notion voulant que la sensibilisation corporelle crée dès le début une excitation sexuelle produit des frustrations chez les clients, puisque ce n'est pas nécessairement le cas. Il est préférable de parler d'un réapprentissage, ce qui implique que les premiers essais ne donneront pas toujours les résultats escomptés. Le couple ne doit pas sentir qu'il faut adhérer à un modèle précis, mais plutôt que chacun a la liberté d'être créatif et d'introduire plusieurs variations au thème des caresses.

Le retour sur les exercices de sensibilisation corporelle en séance est tout aussi important que leur pratique à la maison. Le thérapeute s'enquiert du contexte dans lequel s'est déroulée l'activité, demande comment chacun s'est senti pendant l'exercice, qui a pris l'initiative, etc. Il doit être réceptif à tous les détails entourant la façon dont les clientes ou les clients font ou ne font pas les exercices. À mesure que le processus thérapeutique avance, les exercices peuvent être de plus en plus adaptés au couple. Cependant, il arrive que ce processus n'évolue pas de façon satisfaisante et que la triade thérapeutique rencontre certains obstacles au changement.

4.5. Les obstacles et les difficultés

A. Ambivalence et agendas cachés des clients

L'un des principaux obstacles en sexothérapie de couple est l'ambivalence des clients à parler de leurs problèmes sexuels à un étranger. D'un côté, ils veulent changer afin de se sentir enfin normaux. De l'autre, ils ont honte de dévoiler tous les aspects problématiques de leur sexualité dans le bureau du thérapeute et ont peur d'échouer dans ce qu'ils croient parfois être leur dernier recours. Les membres d'un couple ne se sont généralement pas tout confié au sujet des ramifications de la problématique sexuelle avant de consulter en sexothérapie. Chacun peut avoir peur de ce que l'autre dira au sujet de lui-même, à son sujet, et de ce que le thérapeute pourra dire à leur sujet à tous les deux. Il arrive que l'un des deux partenaires ait peur que son conjoint révèle en thérapie certains de ses secrets, par exemple la consommation de pornographie ou des pratiques sexuelles déviantes, et qu'il ou elle soit humilié. Cette ambivalence prend souvent la forme d'agendas cachés.

Certains couples disent implicitement ou explicitement au thérapeute : « aidez-nous à régler le problème sexuel mais ne touchez pas au couple », ou encore « aidez-nous à régler le problème sexuel sans que nous ayons à parler de sexualité ». Il est presque impossible d'améliorer la fonction sexuelle sans toucher directement ou modifier indirectement d'autres aspects de la relation, tout comme il est rare de régler une dysfonction sexuelle sans en parler ouvertement. Une piste de solution réside dans le recadrage du motif de consultation dès le début de la thérapie (voir la section 4.2), à savoir que chacun est responsable de sa sexualité, que les deux membres du couple sont des cocréateurs de la dysfonction sexuelle, et que la résolution du problème se fera à deux ou ne se fera probablement pas. De plus, il est important de faire ressortir les agendas cachés le plus tôt possible. Par exemple, on peut demander au moment de l'évaluation ce qui arrivera si la sexothérapie ne règle pas le problème. En cours de thérapie, l'intervenant doit graduellement explorer les zones interdites par les clients en évaluant au fur et à mesure l'anxiété que cela soulève chez eux. Le cas suivant illustre bien l'ambivalence des deux membres du couple à aborder leurs difficultés relationnelles dans le cadre d'une sexothérapie.

Vignette clinique – Geneviève et Vincent

Geneviève et Vincent, un couple d'étudiants, étaient en sexothérapie depuis environ un mois pour le problème de dyspareunie de Geneviève. Ce problème était initialement d'origine organique, mais avait connu une exacerbation récente, associée à une diminution importante du désir sexuel de la jeune femme. Lors de l'évaluation, Geneviève et Vincent ont mentionné être un couple harmonieux ; ils avaient d'ailleurs l'intention de se marier l'année suivante. Ils partageaient beaucoup d'activités, avaient des valeurs communes ainsi qu'un bon cercle social. De plus, ils excellaient tous deux dans leurs programmes d'étude respectifs. Leur seul problème était la douleur que ressentait Geneviève pendant les relations sexuelles. Néanmoins, la thérapeute a commencé à remarquer que Geneviève monopolisait souvent les séances avec des « problèmes » individuels survenus dans la semaine, principalement liés à son degré de stress très élevé et à sa tendance à catastrophiser. Vincent écoutait patiemment et parlait peu, même lorsque questionné directement. Les choses se passaient apparemment de la même façon à la maison ; Vincent aidait beaucoup Geneviève dans ses travaux universitaires et gérait ses « crises », mais il exprimait très peu ses émotions et ses besoins. Quoique très polis, les deux membres du couple semblaient en total désaccord avec la thérapeute lorsqu'elle a commencé à suggérer des liens entre les états affectifs intenses de Geneviève, le manque d'affirmation de soi de Vincent, tant dans les interactions verbales que sexuelles, et l'intensité de la douleur de Geneviève. Vincent semblait plus confortable dans le rôle du partenaire protecteur qui est là pour aider, et non pour prendre part activement au processus thérapeutique. Peu à peu, la reconceptualisation du problème de douleur comme étant influencé par les patrons d'interaction du couple a fait son chemin, et s'est accompagnée en outre d'un travail sur l'affirmation de soi de Vincent et sur la gestion du stress de Geneviève. Après cette étape décisive de la thérapie, une exploration plus limpide, directe et honnête de la sexualité du couple a été possible. Il s'est avéré que Geneviève contrôlait tous les aspects de leur sexualité et laissait peu de place aux besoins de Vincent, allant même jusqu'à lui interdire la pratique de la masturbation – interdiction à laquelle Vincent obéissait. L'éducation à la sexualité et le programme de traitement cognitif-comportemental pour la dyspareunie ont beaucoup aidé ce couple, mais ce travail aurait été vain si l'ambivalence de chacun d'eux à admettre et à révéler ses difficultés relationnelles avait été ignorée.

À l'opposé, plusieurs couples qui consultent en psychologie conceptualisent leurs difficultés comme étant principalement d'ordre conjugal, malgré la présence de problèmes sexuels significatifs. Que peut faire le thérapeute lorsque le couple minimise ou refuse d'aborder les problèmes sexuels et leur impact sur les autres dimensions de la vie de couple, ou en d'autres mots lorsque les conjoints envoient le message implicite suivant : « aidez-nous à régler le problème conjugal mais ne touchez pas à la sexualité » ?

Tout dépend de la nature de la difficulté sexuelle et du degré de résistance à en parler ouvertement. Dans un premier temps, il importe de respecter la réticence que peuvent avoir les clients à aborder cette sphère intime de leur vie alors qu'ils ne s'attendaient pas nécessairement à le faire. En début de thérapie, il peut être difficile d'imposer complètement son propre agenda sans risquer de nuire au bon développement de l'alliance thérapeutique, auquel cas il s'agira d'introduire graduellement l'idée du lien entre les problèmes relationnels et sexuels. Il suffit parfois d'éduquer le couple quant aux interrelations entre les problèmes conjugaux et sexuels et aux bénéfices qu'ils pourraient retirer de l'inclusion de la dimension sexuelle dans les objectifs thérapeutiques. Dans d'autres cas, la détresse conjugale est si prédominante que malgré la présence de difficultés sexuelles, elles ne pourront être abordées avant qu'une résolution partielle des problèmes conjugaux soit atteinte. Cependant, un piège potentiel peut se présenter sous la forme de la résistance de l'un des membres ou des deux membres du couple à tout rapprochement physique sous prétexte qu'il existe encore des tensions au sein de la relation. Le thérapeute conjugal pourrait céder à la pression ou à la règle implicite du couple et être tenté d'éviter d'aborder la sphère sexuelle en thérapie. Pourtant, il est clair que les marques d'affection et les contacts physiques accrus, qu'ils mènent ou non à une relation sexuelle complète, peuvent faciliter l'apaisement des tensions et contribuer à l'amélioration du climat dans le couple. Ainsi, l'absence de sexualité et les problèmes sexuels sont parfois au cœur des luttes de pouvoir qui minent la relation, et il s'agit alors de les aborder sous cet angle. Plusieurs stratégies d'intervention peuvent être employées. Par exemple, de quoi a peur l'individu ou le couple qui refuse les contacts physiques ou qui refuse d'aborder le problème sexuel en thérapie ? Ce refus cache souvent la peur de se montrer vulnérable, de prendre un risque qui pourrait se solder par un rejet ou une humiliation. Il peut être utile de métacommuniquer en thérapie au sujet de la règle implicite exprimée par le couple, qui donne l'impression au thérapeute d'avoir en partie les mains liées. On peut également tenter d'éloigner les partenaires de leur position de blâme mutuel et de les responsabiliser quant au rôle que chacun joue dans le maintien du statu quo. Dans des cas de détresse conjugale sévère, l'on peut aussi proposer de séparer le problème sexuel des problèmes de couple, c'est-à-dire avancer que même si la sexualité s'améliore, le couple peut encore choisir de se séparer. L'introduction d'une conceptualisation du problème conjugal qui diffère de celle proposée par le couple représente toujours un défi, mais ce défi peut sembler encore plus grand lorsqu'il touche la sexualité, étant donné la nature intime et menaçante du sujet. En résumé, une bonne façon de composer avec cet obstacle est de considérer la sexualité comme n'importe quel autre sujet que le couple refuserait d'aborder, ou comme n'importe quelle autre dimension de sa problématique qu'il s'évertuerait à nier.

B. Dysfonctions sexuelles avec composantes organiques

Les individus dans les sociétés occidentales sont de plus en plus conscients de la possibilité d'avoir une vie sexuelle épanouie malgré la présence de certains problèmes de santé qui peuvent avoir un impact sur la sexualité. Ainsi, plusieurs des couples qui

consultent en sexothérapie ont une dysfonction sexuelle avec une composante organique importante, qu'il s'agisse de diabète affectant la capacité érectile, de médicaments ayant des effets secondaires néfastes pour la fonction sexuelle ou d'un problème dermatologique génital causant de la douleur pendant les relations sexuelles. Ce type de motif de consultation requiert une collaboration avec d'autres professionnels de la santé, le plus souvent des urologues et des gynécologues, ainsi qu'une capacité à conceptualiser les dysfonctions sexuelles de façon multifactorielle. Cela implique que le thérapeute n'est pas nécessairement l'expert qui aura le plus grand impact dans la résolution du problème sexuel, et ce problème ne pourra peut-être pas se résoudre complètement. Ce modèle interdisciplinaire s'applique le plus souvent de façon virtuelle et demande flexibilité, humilité et ouverture d'esprit de la part de l'intervenant. Il permet néanmoins d'améliorer plus rapidement et de façon plus efficace la vie sexuelle des couples qui consultent, puisque le travail unidimensionnel sur un seul des éléments d'une problématique complexe donne rarement les résultats escomptés. En particulier, l'inclusion de la dimension conjugale peut jouer un rôle important dans l'amélioration de la dysfonction sexuelle à composante organique, à savoir l'éducation des deux membres du couple quant à l'impact de la maladie sur la sexualité, l'intégration du point de vue du partenaire non atteint et les encouragements à essayer de nouveaux modes de stimulation. La sexothérapie avec ces couples leur permet de redonner une place à la sexualité dans leur vie et d'en améliorer ainsi la qualité.

5. TENDANCE ACTUELLE EN SEXOTHÉRAPIE DE COUPLE : MÉDICALISATION DE LA SEXUALITÉ

Les approches médicales à la sexualité, parfois appelées *médecine sexuelle*, insistent sur les aspects physiologiques de la fonction sexuelle et sont axées davantage sur les interventions physiques (hormones, drogues et chirurgies, par exemple), par opposition aux interventions psychologiques. Il ne fait aucun doute que la découverte et la promotion des agents sexopharmacologiques alimentent la tendance vers la médicalisation des troubles sexuels.

La sexothérapie est entrée dans une ère nouvelle en 1998 lorsque le citrate de sildénafil (Viagra®) a été approuvé comme premier agent oralement actif pour le traitement de la dysfonction érectile. L'arrivée du Viagra® a suscité un véritable raz-de-marée de demandes de prescriptions et créé une attente touchant le développement d'agents sexopharmacologiques similaires pour traiter d'autres troubles sexuels. Peu d'écrits ont toutefois été rédigés pour guider les thérapeutes conjugaux sur la meilleure façon d'aider leurs clients qui sont intéressés à suivre ces nouveaux traitements médicamenteux, ou ceux qui les suivent déjà ou qui s'y opposent. De plus, le fait que ces médicaments sont prescrits par des médecins rend le rôle des thérapeutes conjugaux difficile à définir.

La tendance à la médicalisation des troubles sexuels et l'usage en hausse des agents sexopharmacologiques ont toutefois été qualifiés de déterministes et de réducteurs, cantonnant l'expression de la sexualité dans le domaine de la normalité ou de la pathologie. On a notamment reproché au modèle médical d'établir ou même d'imposer une norme ou une homogénéité à l'activité sexuelle et, par conséquent, d'attribuer à la diversité un caractère problématique, voire pathologique. Les relations sexuelles homme-femme avec pénétration vaginale et l'orgasme y deviennent des étalons d'une fonction sexuelle normale. Kleinplatz (2004) soutient qu'il y a un risque que les relations soient dépouillées de leur unicité au service de la restauration d'un mode de sexualité standardisé, même si certains couples conçoivent des solutions de rechange à la sexualité coïtale qui sont novatrices et audacieuses et les satisfont, tant sur le plan sexuel que relationnel. Paradoxalement, le traitement tant recherché par les consommateurs qui ressentent une inadéquacité sexuelle peut lui-même susciter des sentiments d'inadéquacité du fait que les couples peuvent ne pas se sentir justifiés dans la détermination de leurs préférences en matière d'expression sexuelle.

On a aussi reproché à la médicalisation des troubles sexuels et aux agents sexopharmacologiques de donner à penser que les personnes vieillissantes devraient persévérer dans une pratique sexuelle énergique dans le but de préserver une sexualité d'adolescent (Potts, Gavey, Grace et Vares, 2003). À ce propos, il ne fait aucun doute que la disponibilité d'agents sexopharmacologiques a attiré l'attention sur la façon dont les femmes et les hommes vieillissants continuent de valoriser les relations sexuelles, défiant les stéréotypes négatifs accolés à la sexualité des aînés. Cependant, Potts et ses collègues soulignent que la médicalisation a un coût lorsqu'elle pathologise le processus naturel de vieillissement. Ainsi, les auteurs constatent qu'un grand nombre de femmes postménopausées se sont adaptées aux changements survenus dans leurs activités sexuelles avec l'âge et qu'elles n'en sont nullement perturbées, ni ne sont à la recherche d'un traitement (Potts *et al*., 2003).

Les tenants de la médicalisation tendent également à négliger le contexte relationnel dans lequel surviennent les troubles sexuels. Leiblum et Rosen (2000) font remarquer que la sexothérapie est inextricablement liée aux enjeux relationnels et au fonctionnement psychologique et qu'il ne peut y avoir de substitut à une compréhension détaillée et approfondie de la psychologie de la personne et du couple au moment du choix de la stratégie thérapeutique. L'usage d'agents pharmacologiques situe le trouble sexuel chez la personne qui prend le médicament et donne à celle-ci un contrôle sur les décisions concernant l'activité sexuelle, même si la prise du médicament a un impact direct sur sa/son partenaire. L'absence d'un processus décisionnel commun peut causer un conflit dans la relation. Un déséquilibre du pouvoir peut même surgir lorsqu'un des partenaires prétend résoudre un trouble médical et que l'autre préfère le statu quo.

Nous vivons une période de changements en ce qui a trait aux approches thérapeutiques pour les troubles sexuels, l'usage des agents sexopharmacologiques ayant ses partisans convaincus tout comme ses opposants irréductibles. Les agents sexopharma-

cologiques peuvent constituer le traitement approprié, particulièrement lorsque les deux partenaires sont en faveur du traitement et que les questions relationnelles ne sont pas déterminantes. Dans un tel cas, une thérapie conjugale visant un traitement du trouble sexuel dans une perspective psychosociale pourrait se révéler inefficace et contreproductive. Nous devons reconnaître que lorsqu'une technologie devient accessible, les gens ont tendance à vouloir y recourir. Dans d'autres cas, les thérapeutes conjugaux peuvent contribuer à la résolution des troubles sexuels en aidant les couples à résister aux pressions sociales qui s'exercent en faveur de l'usage des agents sexopharmacologiques et en les guidant vers une approche thérapeutique plus appropriée, compte tenu de leurs troubles particuliers et de leurs valeurs. Une approche non directive permettra aux partenaires de partager leurs points de vue sur les différentes options thérapeutiques sans se sentir jugés, même si, dans certains cas, il incombera aux thérapeutes conjugaux de faciliter une discussion sur les agents sexopharmacologiques, surtout si une inhibition ou un manque de connaissances peut gêner une exploration de la gamme complète des options thérapeutiques offertes. Notre plus grand défi consistera peut-être à aider des partenaires qui ont des vues divergentes et qui, seuls, n'arrivent pas à régler certains déséquilibres de pouvoir créés par la disponibilité des agents sexopharmacologiques. Mais, peu importe la stratégie employée pour traiter les troubles sexuels, l'objectif premier demeurera toujours l'amélioration de la satisfaction et du bien-être conjugal, condition essentielle au succès de toute intervention.

CONCLUSION : RÉFLEXION SUR LES DÉFIS POSÉS PAR LA SEXOTHÉRAPIE DE COUPLE

Le principal défi de la sexothérapie de couple réside dans sa matière première – la sexualité – et tout ce qu'elle peut comporter d'anxiogène, de secret, et de vulnérable. Mais lorsque l'intervenant permet à la sexualité d'exister, de faire partie du processus thérapeutique, elle peut, pour le couple, devenir source d'intimité grandissante, de connaissance de soi et de l'autre, et de plaisir sublime. Est-ce que cela signifie que le thérapeute de couple peut traiter tous les problèmes sexuels ? Dans un premier temps, il importe de bien évaluer le fonctionnement sexuel du couple, ce qui est à la portée d'une majorité d'intervenants qui pratiquent la thérapie de couple et qui questionnent régulièrement les couples au sujet de leur sexualité. Si la difficulté ne s'avère pas de l'ordre de la dysfonction ou de la paraphilie, l'intervenant intéressé par la sexualité et désireux d'intégrer pleinement cet aspect de la vie conjugale au processus thérapeutique pourra travailler avec le couple dans le but de faciliter l'expression de ses insatisfactions et de ses besoins, afin de trouver avec les partenaires des pistes de solution qui contribueront à améliorer leur vie sexuelle. Toutefois, lorsque le problème correspond à un diagnostic précis et nécessite une thérapie sexuelle formelle, c'est-à-dire un travail soutenu et constant sur la sexualité, il est probablement préférable que l'intervenant formé en sexologie réfère en sexothérapie individuelle ou de couple, selon le motif de consultation.

Par ailleurs, les intervenants œuvrant dans le domaine de la thérapie de couple sont bien placés pour pratiquer la sexothérapie. L'approfondissement de leurs connaissances en matière de sexualité clinique ne nécessite pas d'emblée de suivre de nouveaux cours ou de prendre part à de nouveaux programmes de formation ; il peut par exemple consister en une prise en charge de quelques cas de sexothérapie de couple accompagnée d'une supervision par un spécialiste dans le domaine et de lectures complémentaires. De plus, plusieurs associations de sexologie, en particulier aux États-Unis, offrent des formations ponctuelles aux professionnels de la santé qui désirent acquérir des habiletés dans l'évaluation et le traitement des problèmes sexuels (p. ex., Society for Sex Therapy and Research). Il va sans dire que les lacunes actuelles des programmes de formation en psychologie nuisent à l'intégration de la sphère sexuelle en thérapie de couple, et que ce sont les clients qui souffrent le plus de cette fausse dichotomie entre le sexuel et le relationnel. Il est souhaitable que les programmes de doctorat évoluent et tiennent davantage compte de la réalité clinique en formant des intervenants qui peuvent traiter à la fois les difficultés conjugales et sexuelles.

RÉFÉRENCES

Althof , S.E., Levine, S.B., Cory, E.W., Risen, C.B., Stern, E.B. et Kurit, D.M. (1995). « A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation », *Journal of Clinical Psychiatry*, *56*, p. 402-407.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.), Washington, American Psychiatric Association.

Barbach, L.G. (1975). *For Yourself : The Fulfillment of Female Sexuality*, New York, Doubleday.

Bergeron, S., Binik, Y.M. et Larouche, J. (2001a). *Cognitive-Behavioral Pain and Sex Therapy*, manuel de traitement non publié, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Bergeron, S. *et al*. (2001b). « A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis », *Pain*, *91*, p. 297-306.

Bergeron, S. *et al*. (2002). « Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome : A retrospective study », *Journal of Sex and Marital Therapy*, *28*, p. 183-192.

Christensen, A. et Heavey, C.L. (1999). « Interventions for couples », *Annual Review of Psychology*, *50*, p.165-190.

Creti, L. *et al.* (1998). « Global sexual functioning : A single summary score for Nowinski and LoPiccolo's Sexual History Form (SHR) », dans C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer et S.L. Davis (dir.), *Handbook of Sexuality-related Measures*, Londres, Sage, p. 261-267.

Daker-White, G. (2002). « Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (dys)function : A systematic review », *Archives of Sexual Behavior*, *31*, p. 197-209.

DeAmicis, L.A. *et al*. (1985). « Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction », *Archives of Sexual Behavior*, *14*, p. 467-489.

Derogatis, L.R. (1998). « The Derogatis Sexual Functioning Inventory », dans C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, et S.L. Davis (dir.), *Handbook of Sexuality-related Measures*, Londres, Sage, p. 269-271.

Dove, N.L. et Wiederman, M.W. (2000). « Cognitive distraction and women's sexual functioning », *Journal of Sex et Marital Therapy*, *26*, p. 67-78.

Fedoroff, J.P., Fishell, A. et Fedoroff, B. (1999). « A case series of women evaluated for paraphilic sexual disorders », *The Canadian Journal of Human Sexuality*, *8*, p. 127-140.

Feldman, H.A. *et al*. (1994). « Impotence and its medical and psychosocial correlates : Results of the Massachusetts male aging study », *Journal of Urology*, *151*, p. 54-61.

Goetsch, M.F. (1991). « Vulvar vestibulitis : Prevalence and historic features in a general gynecologic practice population », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *164*, p. 1609-1616.

Goldstein, I., Lue, T.F., Padma-Nathan, H., Rosen, R.C., Steers, W.O. et Wicker, P.A. (1998). « Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction », *New England Journal of Medicine*, *338*, p. 1397-1404.

Hall, G.C.N. et Andersen, B.L. (1993). « Sexual dysfunction and deviation », dans A.S. Bellack et M. Hersen (dir.), *Psychopathology in Adulthood,* Boston, Allyn and Bacon, p. 295-318.

Kaplan, H.S. (1974). *The New Sex Therapy*, New York, Brunner/Mazel.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. et Martin, C.E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*, Philadelphie, W.B. Saunders.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E. et Gebhard, P.H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphie, W.B. Saunders.

Kleinplatz, P.J. (2004). « Beyond sexual mechanics and hydraulics : Humanizing the discourse surrounding erectile dysfunction », *Journal of Humanistic Psychology*, *44,* p. 215-242.

Langström, N. et Zucker, K.J. (2005). « Transvestic fetishism in the general population : Prevalence and correlates », *Journal of Sex and Marital Therapy*, *31*, p. 87-95.

Laumann, E.O., Paik, A. et Rosen, R.C. (1999). « Sexual dysfunction in the United States : Prevalence and predictors », *JAMA : Journal of the American Medical Association*, *281*, p. 537-544.

Laws, D.R. et O'Donohue, W. (1997). *Sexual Deviance : Theory, Assessment, and Treatment,* New York, Guilford.

Leiblum, S.R. (dir.) (2007). *Principles and Practice of Sex Therapy* (4e éd.), New York, Guilford.

Leiblum, S.R. et Rosen, R.C. (dir.) (2000). *Principles and Practice of Sex Therapy* (3e éd.), New York, Guilford.

LoPiccolo, J. et Lobitz, W.C. (1972). « The role of masturbation in the treatment of primary orgasmic dysfunction », *Archives of Sexual Behavior*, *2*, p. 153-164.

Maletzky, B.M. et Steinhauser, C. (2004). « Sexual deviations », dans M. Hersen (dir.), *Psychological Assessment in Clinical Practice : A Pragmatic Guide,* New York, Brunner-Routledge, p. 197-241.

Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1966). *Human Sexual Response*, Boston, Little Brown.

Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Boston, Little Brown.

McCarthy, B.W. (2002). « Sexuality, sexual dysfunction, and couple therapy », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e édition), New York, Guilford, p. 629-652.

Michael, R.T., Gagnon, J.H., Laumann, E.O. et Kolata, G. (1994). *Sex in America*, Boston, Little Brown.

Munjack, D.J., Gavey, N., Grace, V. et Vares, T. (1984). « Rational-emotive therapy in the treatment of erectile failure : An initial study », *Journal of Sex and Marital Therapy*, *10*, p. 170-175.

Potts, A., Gavey, N., Grace, V. et Vares, T. (2003). « The downside of Viagra : Women's experiences and concerns », *Sociology of Health et Illness*, *25*, p. 697-719.

Pridal, C.G. et LoPiccolo, J. (2000). « Multielement treatment of desire disorders : Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy », dans S.R. Leiblum et R.C. Rosen (dir.), *Principles and Practice of Sex Therapy,* (3e éd.), New York, Guilford, p. 57-81.

Reissing, E.D. *et al*. (2004). « Vaginal spasm, pain, and behavior : an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus », *Archives of Sexual Behavior*, *33*, p. 5-17.

Risen, C.B. (2003). « Listening to sexual stories », dans S.B. Levine, C.B. Risen et S.E. Althof (dir.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals*, New York, Brunner-Routledge, p. 3-19.

Rosen, R.C. *et al.* (2000). « The Female Sexual Function Index (FSFI) : A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function », *Journal of Sex and Marital Therapy*, *26*, p. 191-208.

Schnarch, D.M. (1991). *Constructing the Sexual Crucible : An Integration of Sexual and Marital Therapy*, New York, Norton.

Segraves, K.B. et R.T. Segraves (1991). « Hypoactive sexual desire disorder : Prevalence and comorbidity in 906 subjects », *Journal of Sex and Marital Therapy*, *17*, p. 55-58.

Trudel, G. (2000). *Les dysfonctions sexuelles : Évaluation et traitement par des méthodes psychologique, interpersonnelle et biologique* (2e éd), Québec, Presses de l'Université du Québec.

Trudel, G., Marchand, A., Ravant, M., Aubin, S., Turgeon, L. et Fortier, P. (2001). « The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women », *Sexual and Relationship Therapy*, *16*, p. 145-164.

Zilbergeld, B. (1993). *The New Male Sexuality*, New York, Bantam Books.

CHAPITRE

8

L'INTERVENTION AUPRÈS DES COUPLES DE MÊME SEXE

Nicole Tremblay, Christiane Fortier, Annie Leblond-de Brumath et Danielle Julien

Les transformations culturelles et sociales des deux dernières décennies ont favorisé une visibilité croissante des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles (GLBT) et de leurs réalités conjugales et familiales. Au Canada en 2001, on comptait 34 200 couples de même sexe, soit environ 0,5 % de l'ensemble des couples vivant ensemble[1] (Statistique Canada, 2001). Au Québec, en 2001, 10 360 couples de même sexe formaient 0,6 % de tous les couples québécois. Ces estimations sont comparables

1. En raison des conséquences négatives entraînées par le dévoilement de l'identité homosexuelle et de l'absence de question sur l'orientation sexuelle dans les enquêtes nationales jusqu'à tout récemment, il est difficile d'estimer avec exactitude le nombre de personnes homosexuelles et par conséquent le nombre de couples de même sexe.

à celles des États-Unis et de la Nouvelle-Zélande. Cette réalité de plus en plus visible a favorisé l'émergence d'un domaine de recherche s'intéressant à la vie conjugale et familiale des personnes GLBT[2]. Bien que les connaissances dans ce domaine demeurent à ce jour limitées, elles indiquent davantage de ressemblances que de divergences avec les couples hétérosexuels. Par exemple, les partenaires de couples gais et lesbiens ont des relations conjugales aussi stables et rapportent des niveaux de satisfaction comparables à ceux des couples hétérosexuels (p. ex., Peplau, Veniegas et Campbell, 1996 ; Kurdek, 1988, 1995). De plus, les facteurs associés à la satisfaction conjugale chez les couples de même sexe sont similaires à ceux qui ont été reconnus chez les couples hétérosexuels (p. ex., percevoir que la relation apporte beaucoup d'avantages et peu de coûts, accorder une grande valeur au partage d'activités et à l'unité du couple, entretenir peu de croyances irrationnelles face à la relation, avoir un niveau élevé de confiance mutuelle, manifester de meilleures habiletés de communication et de résolution de problèmes, percevoir un pouvoir équivalent, prendre des décisions communes plus fréquemment, être satisfait du soutien social reçu) (Kurdek, 1995 ; Peplau, 1991).

De la même manière, les conflits conjugaux font partie intégrante de toutes relations de couple, que celles-ci soient composées d'individus hétérosexuels ou de même sexe. Les couples de même sexe consultent pour des motifs similaires aux couples hétérosexuels : les difficultés de communication, la gestion de la distance entre les partenaires, les différences de valeurs, le pouvoir, les finances, le travail, la sexualité, la jalousie, les difficultés rencontrées avec les membres de la famille d'origine (Peplau *et al*., 1996 ; Bepko et Johnson, 2000).

Bien qu'ils partagent plusieurs caractéristiques communes, les couples de même sexe se distinguent des couples hétérosexuels par le contexte social hétérosexiste dans lequel ils se développent et maintiennent leur relation. L'hétérosexisme renvoie à « tout système idéologique qui dénie, ignore, dénigre et stigmatise toutes formes de comportements, d'identités, de relations ou de communautés qui ne sont pas hétérosexuelles » (traduction libre ; Herek, 1991). Ce contexte social hétérosexiste constitue une expérience particulière aux couples de même sexe et engendre des problématiques uniques. Aussi, la visibilité des couples de même sexe étant récente, le manque de modèles sociaux amène les couples de même sexe à forger leurs propres normes. Ainsi, bien qu'ils affrontent les mêmes difficultés que les couples hétérosexuels, les partenaires gais et lesbiennes peuvent donner un sens différent à certains aspects de leur vie de couple. Travailler auprès de cette clientèle requiert non seulement une bonne compréhension des dynamiques relationnelles, mais également une connaissance de l'expérience particulière de ces couples ainsi que des aspects normatifs des couples satisfaits. C'est

2. Bien que les individus bisexuels et transsexuels puissent aussi faire partie des couples de même sexe, les études se sont surtout attardées sur les couples formés de partenaires s'identifiant comme gais ou lesbiennes. Puisque nous connaissons mal les réalités des couples formés par des individus bisexuels ou transsexuels, les problématiques abordées dans ce chapitre toucheront principalement les couples gais et lesbiens.

pourquoi ce chapitre sera axé sur les caractéristiques uniques aux couples de même sexe et aux difficultés qui s'y rattachent. Avant de présenter les thèmes spécifiques aux couples de même sexe, et de proposer les interventions appropriées pour chacun des thèmes, il importe de décrire l'approche priorisée pour l'intervention auprès des personnes gaies et lesbiennes ainsi que les attitudes, caractéristiques et compétences particulières nécessaires au thérapeute qui travaille auprès de cette clientèle.

1. L'APPROCHE AFFIRMATIVE

L'approche *affirmative*, qui constitue davantage une *philosophie thérapeutique*, peut servir de point de référence guidant les interventions du clinicien dans sa pratique auprès des couples de même sexe. Thérapie qui célèbre et défend l'authenticité et l'intégrité des personnes gaies et lesbiennes et de leurs relations, l'approche *affirmative* se définit en réaction au modèle pathologique du traitement de l'homosexualité et résulte des études montrant qu'un développement identitaire homosexuel positif est associé à un meilleur ajustement psychologique (Miranda et Storms, 1989) (voir la section 4.2 : « Développement de l'identité sexuelle et homophobie intériorisée » de ce chapitre). Elle considère les attitudes *anti-homosexuelles* manifestées par l'environnement social comme des facteurs affectant le développement de la personnalité et l'adaptation psychologique des personnes gaies et lesbiennes (Malyon, 1982). Elle implique donc une attitude non discriminatoire et contextuelle des professionnels envers leurs clients qui peut être intégrée dans les domaines de la pratique et des diverses théories psychothérapeutiques.

2. ATTITUDES, ORIENTATION SEXUELLE ET COMPÉTENCES DU THÉRAPEUTE

2.1. Attitudes du thérapeute

L'aide aux couples de même sexe nécessite d'abord que le thérapeute soit à l'aise avec l'amour et la sexualité entre deux personnes de même sexe. Cette attitude de confort signifie que le clinicien est en mesure de manifester de l'empathie envers les gais et lesbiennes (c.-à-d. comprendre leurs comportements tout en restant objectif) et de discuter ouvertement de leur orientation sexuelle. Une attitude d'acceptation, d'ouverture et de non-jugement représente le facteur le plus déterminant du succès de la psychothérapie avec les couples de même sexe (Cabaj, 1991).

Le clinicien désirant travailler avec cette clientèle doit donc clarifier ses croyances envers l'homosexualité et être à l'affût des signes d'inconfort, d'ambivalence, de pessimisme et d'anxiété lorsqu'il est en présence de gais ou de lesbiennes. Par exemple, il peut se demander : « Quelles sont mes valeurs par rapport à l'homosexualité ? Est-ce que je considère que l'orientation homosexuelle est compatible avec une vie heureuse ?

Est-ce que je me sens capable de laisser mes clients de même sexe décider si leur relation conjugale leur convient et doit perdurer ? » Si le thérapeute se sent mal à l'aise avec les couples de même sexe ou présente des attitudes homophobes ou hétérosexistes, il lui est recommandé de référer les clients à un autre clinicien plus à l'aise avec cette clientèle.

Comme dans toutes les thérapies, la première étape de l'approche *affirmative* est généralement de construire l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire de promouvoir la confiance mutuelle entre le client et le thérapeute. Afin de construire l'alliance thérapeutique avec le couple de même sexe, le clinicien peut montrer aux partenaires, au moyen d'une discussion ouverte, qu'il accepte leur orientation sexuelle, sans toutefois minimiser les difficultés liées à l'expérience homosexuelle. Il peut également leur communiquer sa désapprobation des attitudes négatives envers l'homosexualité véhiculées par l'environnement social ainsi que son acceptation des différences entre les êtres humains. Il peut aussi être utile de demander aux partenaires les termes utilisés pour discuter de leur orientation sexuelle afin de parler le même langage qu'eux (Purcell, Campos et Perilla, 1996 ; Sanders, 2000). Par exemple, le thérapeute peut demander au couple : « Avec quel mot êtes-vous le plus à l'aise pour identifier votre relation (lesbienne, gaie, homosexuelle, etc.) ? Quel mot voulez-vous que j'utilise pour qualifier votre couple ? », etc. Le thérapeute devrait discuter ouvertement avec les partenaires de leur orientation sexuelle sans toutefois assumer que ce facteur est la cause de leurs problèmes. Il ne devrait pas exagérer les différences entre les couples de même sexe et les couples hétérosexuels, autant qu'il ne devrait ignorer leurs ressemblances (Bernstein, 2000). Enfin, le clinicien devrait être capable de tolérer la colère de certains gais et lesbiennes par rapport à l'oppression homophobe vécue sans *pathologiser* cette attitude. Il devrait également répondre d'une manière non défensive à des accusations d'homophobie de ses clients. Par ailleurs, la familiarisation avec les codes de conduite légaux et déontologiques (p. ex., *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* : Assemblée nationale du Québec, 1975 ; code de conduite de l'APA : American Psychological Association, 1992) peut être utile et guider la pratique des professionnels travaillant auprès des couples de même sexe.

2.2. Orientation sexuelle du thérapeute

L'orientation sexuelle du thérapeute constitue-t-elle un enjeu thérapeutique avec la clientèle gaie et lesbienne ? Certaines données laissent supposer que la similitude d'orientation sexuelle entre le client et le thérapeute augmente la probabilité de satisfaction thérapeutique du client (Liddle, 1996). Les thérapeutes d'orientation homosexuelle auraient l'avantage d'être exposés plus souvent, dans leur vie quotidienne, à des personnes gaies et lesbiennes et des couples de même sexe satisfaits et en bonne santé mentale, ce qui facilite la déconstruction des stéréotypes hétérosexistes (Green et Mitchell, 2002). L'orientation homosexuelle du clinicien faciliterait également les relations de confiance avec les gais et lesbiennes et le partage de vocabulaire. Aussi, les clients ne

perdraient pas de temps à informer le clinicien sur les normes de leurs communautés gaies et lesbiennes (Bernstein, 2000). Toutefois, bien que la similitude d'orientation sexuelle entre le client et le thérapeute comporte certains avantages, elle n'est pas essentielle au succès de la thérapie. Une étude examinant les facteurs liés à la satisfaction thérapeutique des clients d'orientation homosexuelle indique que ce sont les attitudes et les pratiques du thérapeute qui expliquent, en majeure partie, la satisfaction des clients (Liddle, 1996). Par exemple, les thérapeutes informés des problématiques spécifiques à la clientèle gaie et lesbienne et qui facilitent le développement d'une identité homosexuelle positive sont perçus comme étant plus aidants par les clients, et ce, peu importe leur orientation sexuelle (Liddle, 1996).

Le thérapeute doit-il d'emblée divulguer son orientation sexuelle ou doit-il attendre que le client l'interroge à ce sujet ? Certains thérapeutes décident de dévoiler leur orientation sexuelle dès la première rencontre de manière à favoriser une alliance thérapeutique basée sur l'ouverture et la confiance. Une des façons de divulguer son orientation sexuelle est de demander aux conjoints, de la manière la plus neutre possible, s'ils ont réfléchi à la question de l'orientation sexuelle du thérapeute. Le thérapeute hétérosexuel qui manifeste de l'acceptation envers les personnes homosexuelles sert de modèle d'ouverture, favorisant ainsi une plus grande acceptation de soi chez les clients (Bernstein, 2000). Le clinicien d'orientation gaie ou lesbienne qui divulgue son orientation sexuelle en début de thérapie à sa clientèle gaie et lesbienne fournit aussi un modèle positif. Cependant, cette pratique est moins appropriée lorsque le client n'a pas encore divulgué son orientation sexuelle aux tiers (le *coming out*) ou qu'il est en conflit avec ses propres désirs homoérotiques. Dans l'éventualité où ce sont les clients qui abordent la question de l'orientation sexuelle du thérapeute, il importe d'examiner les raisons et la signification de cette information et d'évaluer les avantages et les inconvénients de la divulgation (Bernstein, 2000 ; Sophie, 1988). Dans ce contexte, la transparence du thérapeute quant à son orientation sexuelle nous paraît plus avantageuse. En plus de favoriser le développement d'une relation de confiance, cette attitude a l'avantage de permettre au client de faire le choix éclairé de s'investir ou non dans la thérapie avec ce clinicien (Bernstein, 2000). De plus, il semble que les thérapeutes qui dévoilent leur hétérosexualité, comparativement à ceux qui la cachent, soient davantage appréciés des clients (Liddle, 1996). Toutefois, la question du dévoilement de l'orientation sexuelle du thérapeute demeure un choix individuel qui doit tenir compte du confort et des valeurs du thérapeute quant à la divulgation de soi dans le contexte d'une relation thérapeutique.

2.3. Compétences du thérapeute

Les cliniciens désirant intervenir auprès des couples de même sexe doivent s'informer des réalités de la population gaie et lesbienne. L'ignorance de ces réalités mène souvent à l'hétérosexisme (MacDonald, 1998). Selon l'American Psychological Association (2000), une pratique compétente dans ce domaine implique de connaître et de comprendre les

problématiques uniques de cette clientèle : telles le développement de l'identité homosexuelle, incluant le processus du *coming out*, les effets de la victimisation, les dynamiques relationnelles entre les personnes de même sexe, les relations des personnes gaies et lesbiennes avec leur famille d'origine et leurs enfants, les problèmes de carrière et de discrimination au travail, les stratégies d'adaptation, ainsi que les facteurs ethniques et culturels qui interagissent avec l'orientation sexuelle (plusieurs de ces problématiques seront abordées dans les sections qui suivent).

Pour développer ces compétences et diminuer les biais hétérocentriques ou homophobiques, les thérapeutes peuvent lire sur le sujet (p. ex., guide de recommandations de l'APA, 2000, <www.apa.org/divisions/div44/guidelines.htm> ; Blais, Collin-Vézina, Marcellin et Picard, 2004), suivre des cours et des formations pertinentes, interagir et poser des questions aux personnes d'orientation homosexuelle et aux couples de même sexe. Certains auteurs documentent les effets positifs des contacts sociaux et des relations avec des personnes gaies et lesbiennes, autres que les relations thérapeute-client, sur la compréhension des expériences vécues par ces personnes et la réduction des préjugés au sujet de ces clients (Bernstein, 2000 ; Siegel et Walker, 1996). Ces interactions peuvent se créer, entre autres, par l'association avec des collègues d'orientation homosexuelle (Bernstein, 2000). Il peut aussi être utile de se faire superviser, au besoin, par un professionnel spécialiste de la clientèle gaie et lesbienne (Green et Mitchell, 2002).

3. DÉMARCHE SUGGÉRÉE

Dans les prochaines sections, nous présenterons l'évaluation et les interventions pertinentes pour chacune des problématiques spécifiques aux couples de même sexe. La démarche générale suggérée est la même que celle qui s'applique dans toute thérapie conjugale d'orientation *cognitive-comportementale*. D'abord, une évaluation complète est nécessaire afin de déterminer les objectifs thérapeutiques et les cibles d'interventions. Lors des premières entrevues, le thérapeute évalue généralement chaque partenaire du couple afin d'obtenir des informations sur les caractéristiques et les difficultés individuelles pouvant influencer leurs problèmes conjugaux. Le clinicien doit être conscient que l'orientation sexuelle n'est qu'une caractéristique parmi plusieurs autres et que l'évaluation doit être effectuée à tous les niveaux et selon les buts des clients (Falco, 1996).

Néanmoins, il est important d'évaluer chacun des partenaires et la situation conjugale en tenant compte des problématiques propres aux personnes gaies et lesbiennes (voir les sections suivantes). Aussi, il importe de clarifier, dès le départ, les perceptions des clients face à leur orientation sexuelle et à leur relation conjugale. Il convient d'examiner la perception de chacun des partenaires en regard des multiples composantes de

l'orientation sexuelle, soit les attirances (p. ex., « je suis attiré par les hommes », « je suis attirée par les hommes et les femmes »), les comportements (p. ex., « j'ai des relations sexuelles avec les hommes seulement », « avec des hommes principalement et des femmes occasionnellement ») et l'auto-identification (p. ex., « je suis gaie », « je suis lesbienne ») (Stein et Cabaj, 1996). À cet égard, il peut être utile de demander au client où il se situe sur un continuum allant de l'hétérosexualité à l'homosexualité en passant par la bisexualité. Le clinicien devrait également demander aux partenaires comment ils définissent leur relation conjugale (p. ex., leurs valeurs concernant la fidélité, le partage des tâches, la communication, la sexualité et leur engagement relationnel à court, moyen et long termes) en mettant de côté sa propre conception de ce que constitue une « vraie » relation conjugale (Cabaj et Klinger, 1996). Par exemple, on sait que plusieurs couples gais sont ouverts à des relations sexuelles extraconjugales. Le clinicien qui considère la monogamie comme un critère essentiel à une relation conjugale saine percevra les activités sexuelles extraconjugales du couple comme étant préjudiciables au maintien de la relation, ce qui n'est pas nécessairement le cas (voir la section « Sexualité » de ce chapitre). Le clinicien doit donc être vigilant quant à sa propre conception des relations conjugales, celle-ci étant habituellement basée sur des normes hétérosexuelles. La meilleure description d'une relation gaie ou lesbienne est celle qui est faite par les personnes qui sont impliquées dans cette relation.

Tout comme avec les couples hétérosexuels, il peut être utile d'évaluer les couples de même sexe à l'aide d'instruments d'évaluation et de questionnaires afin de compléter les informations recueillies lors des entrevues. Dans les prochaines sections, nous nous centrerons sur les instruments d'évaluation spécifiques aux problématiques vécues par la clientèle gaie et lesbienne et aux questionnaires adaptés pour les couples de même sexe. Toutefois, la plupart de ces instruments n'existent qu'en version anglaise et peu des questionnaires disponibles en français ont été validés empiriquement. Il importe donc d'utiliser ces tests avec prudence et en complémentarité avec l'évaluation par entrevue.

Étant donné la visée de ce chapitre, les stratégies d'intervention proposées sont principalement d'approche *cognitive-comportementale* et sont adaptées aux problématiques spécifiques vécues par les couples de même sexe (p. ex., la psychoéducation, l'entraînement aux habiletés de communication et d'affirmation de soi, l'entraînement à la résolution de conflit et la négociation, la restructuration cognitive, la bibliothérapie ; pour plus de détails sur les techniques d'intervention générales en thérapie de couple, voir le chapitre 4). Il est important de noter que très peu de recherches et d'écrits, encore moins francophones, existent sur l'efficacité des psychothérapies conjugales pour les couples de même sexe. Les interventions suggérées sont donc basées majoritairement sur les théories et les expériences cliniques de chercheurs et de cliniciens provenant principalement des États-Unis.

4. CARACTÉRISTIQUES PARTICULIÈRES DES COUPLES DE MÊME SEXE : ÉVALUATION ET INTERVENTIONS

4.1. Hétérosexisme et stress lié à l'homophobie

Traditionnellement, les différentes institutions culturelles et sociales ont défini l'hétérosexualité comme modèle naturel et normatif des relations amoureuses. Malgré les avancées considérables des sociétés industrielles à l'égard de l'homosexualité (p. ex., décriminalisation, démédicalisation, lois accordant aux gais et lesbiennes des droits égaux aux individus hétérosexuels), et ce particulièrement au Québec et au Canada[3], plusieurs personnes et communautés continuent de condamner moralement l'homosexualité ou de ressentir un inconfort face à une personne homosexuelle (Herek, 1996). Cet inconfort, peur ou haine irrationnelle envers l'homosexualité et/ou les individus homosexuels, se nomme « homophobie ». Tous les gais et lesbiennes, en tant qu'individus ou couples, sont confrontés à vivre des expériences hétérosexistes et homophobes au cours de leur vie (Biaggio, Coan et Adams, 2002). Un contexte social qui ostracise les personnes gaies et lesbiennes peut amener ces individus à craindre la violence, la discrimination et le jugement, et ainsi à développer une hypervigilance à ces manifestations. Cette hypersensibilité peut augmenter le niveau d'anxiété des partenaires de couple et limiter leur capacité à se sentir en confiance et à établir et maintenir une relation intime (Ossana, 2000 ; Ritter et Terndrup, 2002). Cet exemple illustre de quelle façon l'homophobie peut avoir, dans certains cas, une incidence sur les difficultés conjugales :

Vignette clinique – Robert et Frédéric

Robert et Frédéric, un couple gai dans la vingtaine, consultent en raison de la jalousie excessive d'un des partenaires. L'évaluation révèle que Robert a vécu beaucoup de rejet de la part de ses camarades de classes à l'école secondaire ; il se faisait couramment traiter de « tapette », on inscrivait ce mot sur son casier, on le ridiculisait, etc. Les expériences de victimisation vécues par Robert ont contribué au développement d'une hypersensibilité au rejet. Dans ses relations intimes, il craint d'être abandonné par son partenaire. Cette crainte l'amène à ressentir de l'anxiété et à faire des crises de jalousie dès que Frédéric lui parle de ses collègues de travail ou qu'il sort sans lui avec ses copains. Frédéric a alors le sentiment d'être prisonnier de la relation ce qui le pousse à s'éloigner davantage de son partenaire. Ainsi, la victimisation vécue par Robert à l'adolescence contribue, en partie, aux problèmes actuels du couple.

3. Au Québec, depuis le 7 juin 2002, la loi 84 sur l'union civile reconnaît légalement les unions entre les personnes de même sexe et établit de nouvelles règles de filiation. Depuis le 20 juillet 2005, la loi C-38 de juridiction fédérale reconnaît légalement le mariage entre personnes de même sexe partout au Canada.

L'homophobie a également un impact sur la manière dont les gais et lesbiennes vivent leur homosexualité et se présentent à l'environnement extérieur, individuellement et en couple. Elle force les couples de même sexe à faire face, de manière quotidienne, à des dilemmes dans l'organisation de leurs réalités publiques et privées. Ceci crée un stress chronique qui augmente la vulnérabilité des couples aux difficultés conjugales et à la rupture (voir la section « Exemple de cas clinique » à la fin de ce chapitre).

A. Évaluation et intervention

Pour évaluer si un couple vit de l'homophobie et/ou de l'hétérosexisme, on peut questionner les partenaires sur les réactions de leurs différents milieux de vie par rapport à l'homosexualité en général et envers leur orientation sexuelle ; par exemple : « Quelles attitudes sont exprimées envers les personnes gaies et lesbiennes dans votre milieu de travail ? Avez-vous déjà vécu des agressions verbales ou physiques reliées à votre orientation sexuelle ? Si oui, de quels types et dans quels milieux ? Comment les membres de votre famille et vos amis parlent-ils des personnes gaies et lesbiennes ? » Il importe aussi d'explorer avec les partenaires les messages sociaux oppressifs qu'ils ont reçus tout au long de leur vie et qui ont été véhiculés, entre autres, à l'école, dans leur voisinage et dans les médias.

Au plan des interventions, il peut être pertinent, selon le cas, d'expliquer au couple que ses difficultés conjugales peuvent être dues, en partie, à l'homophobie qu'il a vécue plutôt qu'à son orientation homosexuelle (Evosevich et Avriette, 2000 ; Green et Mitchell, 2002). Par exemple, en référence à la vignette clinique présentée précédemment, le clinicien peut expliquer aux partenaires :

Vignette clinique

Les expériences de victimisation que vous avez vécues à l'adolescence vous ont rendu sensibles au rejet. Lorsque votre partenaire s'éloigne ou vous parle de ses amis, vous vivez beaucoup d'anxiété car vous craignez qu'il ne vous aime plus et qu'il vous quitte. Vos difficultés de couple actuelles sont liées en partie aux expériences difficiles que vous avez vécues à l'adolescence. Cela ne veut pas dire que votre orientation sexuelle comme telle est responsable de vos difficultés actuelles, mais que celles-ci découlent des attitudes négatives de votre entourage à l'égard de l'homosexualité. Qu'en pensez-vous ?

En outre, selon le type et l'intensité de l'homophobie dont les partenaires sont victimes, les objectifs thérapeutiques peuvent parfois viser à apporter des modifications dans leur environnement social (p. ex., changer de quartier pour s'échapper d'une situation homophobique dangereuse) ou à reconnaître que certaines situations discriminatoires sont plus difficiles à changer et qu'il est préférable de mettre leur énergie à améliorer d'autres domaines de leur vie (Green et Mitchell, 2002).

4.2. Développement de l'identité homosexuelle et homophobie intériorisée

Dans un contexte social hétérosexiste, le développement d'une identité homosexuelle est une tâche particulièrement difficile pour les individus gais ou lesbiens. Le développement d'une identité homosexuelle positive est un processus complexe par lequel l'individu reconnaît et identifie ses attirances, conceptualise son orientation sexuelle en termes positifs et la divulgue aux autres tout au long de sa vie (Garnets et Kimmel, 2003)[4]. Ce processus implique de transformer une identité socialement négative en une identité qui soit positive.

À cet égard, plusieurs gais et lesbiennes intériorisent les attitudes négatives et les préjugés provenant de l'environnement social et développent de l'homophobie intériorisée (Green et Mitchell, 2002 ; Herek, 1996). Celle-ci serait vécue à divers degrés par presque toutes les personnes gaies et lesbiennes ayant grandi dans une société hétérosexiste (Herek, 1996 ; Shildo, 1994). Le niveau d'homophobie intériorisée peut varier en fonction de facteurs sociaux (p. ex., la religion, l'appartenance ethnique, la classe socioéconomique, etc.), familiaux (p. ex., le niveau d'homophobie chez les parents et chez les personnes significatives) et personnels (p. ex., la vulnérabilité psychologique) (Malyon, 1982 ; Nungesser, 1983).

Au plan individuel, l'homophobie intériorisée nuit au développement d'une identité positive en raison de la dissonance entre la perception négative interne de l'homosexualité et l'émergence et le maintien d'une identité homosexuelle (Martin, 1982 ; Troiden, 1989). L'homophobie intériorisée se traduit par un sentiment de haine envers soi, de culpabilité et de honte et est souvent associée à une détresse psychologique importante chez les individus gais et lesbiens (Allen et Oleson, 1999). Elle est reliée à des problèmes de santé mentale, tels que la dépression, les pensées suicidaires, la toxicomanie, les désordres alimentaires, une faible estime de soi, des sentiments de méfiance et de solitude, et elle contribue à augmenter la tolérance à la discrimination ou aux comportements abusifs d'autrui et, par le fait même, à la violence conjugale (pour une étude documentaire, voir Shidlo, 1994).

4. Plusieurs modèles ont été élaborés pour expliquer le développement de l'identité homosexuelle. Traditionnellement, les modèles supposaient un développement linéaire suivant une série de stades prédéterminés (p. ex., Cass, 1979 ; Troiden, 1989). Toutefois, ces modèles séquentiels ont été remis en question. Certains auteurs avancent plutôt que l'identité sexuelle des GLB se développe suivant des trajectoires multiples dans lesquelles les principales composantes, soit le *questionnement sexuel* et la *divulgation de son orientation sexuelle* (le *coming out*) sont en constante interaction et sont façonnées par l'environnement social (Savin-Williams et Diamond, 1999). À cet égard, les données empiriques récentes laissent voir un parcours identitaire différent pour les gais et les lesbiennes (Savin-William et Diamond, 2000). Pour plus de détails sur le développement de l'identité homosexuelle, on pourra consulter les écrits de Diamond (1998) et de Savin-Williams et Diamond (1999).

Au plan conjugal, les études empiriques indiquent que la présence d'homophobie intériorisée, chez un seul des partenaires ou les deux, nuit à leur satisfaction conjugale (Mathis, 2001 ; Romance, 1988 ; Ross et Rosser, 1996). Premièrement, elle entraîne les partenaires à sous-estimer et à dévaloriser leurs relations intimes, ce qui réduit l'implication conjugale et accroît l'insatisfaction dans le couple (Biaggio *et al*., 2002). Deuxièmement, elle peut créer des conflits conjugaux. Par exemple, la haine envers sa propre homosexualité peut être dirigée vers le partenaire (qui possède la même orientation sexuelle) et se manifester par des critiques négatives (Green et Mitchell, 2002). Troisièmement, l'homophobie intériorisée est liée à une peur de l'intimité avec une personne de même sexe et peut avoir un impact sur le fonctionnement et la satisfaction sexuelle des couples (Green et Mitchell, 2002). Quatrièmement, l'intériorisation des préjugés négatifs sur l'homosexualité peut entretenir une attitude pessimiste par rapport à la viabilité d'une relation conjugale à long terme (Ossana, 2000). Par exemple, si un des partenaires est convaincu que l'intimité et l'engagement entre deux personnes de même sexe sont voués à l'échec, il peut saboter toutes les tentatives de relation durable (Peterkin et Risdon, 2003). L'homophobie intériorisée peut aussi mener les couples en difficulté à attribuer la responsabilité de leurs difficultés conjugales à leur orientation sexuelle, plutôt qu'à des variables propres à leur relation de couple (MacDonald, 1998). Cela risque de diminuer la probabilité que les partenaires déploient des efforts afin de résoudre leurs conflits. Enfin, le fait, pour des partenaires, de ne pas avoir le même niveau de confort avec leur orientation sexuelle, si par exemple l'un est à l'aise de manifester des marques d'affection en public alors que l'autre ne l'est pas, peut être source de conflits dans le couple (voir la section « Exemple de cas clinique » à la fin de ce chapitre).

A. Évaluation et intervention

Puisque l'homophobie intériorisée peut être un facteur déterminant de l'état psychologique du client, la thérapie auprès des partenaires de même sexe devrait inclure l'évaluation du degré d'acceptation de soi en tant qu'individu et en tant que couple, de même que les sources, l'étendue, les manifestations et les effets de l'homophobie intériorisée de chaque partenaire. Il peut être difficile de mesurer le niveau d'homophobie intériorisée des clients étant donné que ceux-ci ont souvent honte d'admettre qu'ils ressentent des émotions homophobiques envers eux-mêmes (Shidlo, 1994). La passation de questionnaires est donc utile pour favoriser le dévoilement des clients et compléter l'évaluation de cet aspect de leur vécu. Il existe plusieurs instruments en version anglaise (p. ex., Internalized Shame Scale ; Internalized Homophobia Inventory [ISS ; IHI ; Alexander, 1986] ; Internalized Homophobia [IHP ; Martin et Dean, 1987] ; Nungesser Homosexual Attitudes Inventory [NHAI ; Nungesser, 1983]). Il est aussi possible d'avoir recours à quelques questionnaires validés auprès d'une population francophone, évaluant le degré d'homophobie intériorisée des individus GLB. L'Échelle d'acceptation à l'égard de son orientation sexuelle (Otis *et al*., 2002) comporte 10 items et mesure le niveau d'acceptation de son orientation sexuelle (p. ex., « je me sens coupable d'avoir les sentiments que j'ai » ; « je m'accepte comme je suis »). Le répondant doit indiquer la

fréquence à laquelle il ressent ce qui est inscrit dans chacun des énoncés, sur une échelle de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Un autre questionnaire s'attardant uniquement aux difficultés liées à l'acceptation de son orientation sexuelle est l'Échelle d'homophobie intériorisée. Il s'agit de la version traduite de l'Internalized Homophobia Scale (Herek, Cogan et Gillis, 2000 ; Herek, Cogan, Gillis et Glunt, 1997), effectuée par l'Équipe de recherche sur la famille et son environnement. Cet outil comprend cinq items et le répondant doit indiquer jusqu'à quel point il est en accord avec l'énoncé, sur une échelle de cinq points (p. ex., « J'ai essayé de cesser d'être attiré par les personnes du même sexe en général »). L'Échelle de craintes liées à la divulgation et à l'affirmation de son orientation sexuelle (Otis *et al*., 2002) évalue une autre manifestation de l'homophobie intériorisée, soit la difficulté à exprimer son orientation sexuelle aux autres. Ce questionnaire comprend 13 items (p. ex., « j'ai peur de dire aux autres que je suis homosexuel », « je me sens à l'aise d'être vu en public avec une personne identifiée comme gaie ou bisexuelle »). Le répondant doit indiquer son degré d'accord avec chacun des énoncés. Enfin, Les attitudes à l'égard de l'homosexualité (Otis, Ryan, Chouinard et Fournier, 2001), soit une version traduite de l'Attitudes Toward Homosexuality Scale (Leitner et Cado, 1982), est un questionnaire comprenant sept items. Les répondants doivent indiquer, sur une échelle de 1 à 5, jusqu'à quel point ils sont en accord avec différentes croyances liées à l'homosexualité (p. ex., « l'homosexualité est une perversion (déviation) sexuelle »). Étant donné que chacun de ces questionnaires évalue différents aspects de l'homophobie intériorisée et qu'ils comportent un faible nombre d'items, il est suggéré d'utiliser l'ensemble de ces questionnaires afin d'obtenir une mesure globale du niveau de confort des clients face à leur orientation sexuelle.

La restructuration cognitive est la technique d'intervention suggérée pour réduire ou éliminer l'homophobie intériorisée et la remplacer par une vision positive de l'homosexualité des personnes ainsi que des couples gais et lesbiens (Sophie, 1988). Certaines croyances irréalistes, par exemple « les relations conjugales entre personnes de même sexe sont vouées à l'échec », peuvent être entretenues par des partenaires de couples GLB en difficulté. À l'aide du questionnement socratique, le clinicien peut aider les partenaires à diminuer ces croyances en leur demandant, par exemple : « Quelles sont les preuves versus les contre-preuves à cette croyance ? Y a-t-il des raisons, autres que l'orientation sexuelle, pouvant expliquer qu'un couple perdure ou se sépare ? Connaissez-vous des couples de même sexe qui sont ensembles depuis longtemps ? Connaissez-vous des couples hétérosexuels qui se sont séparés ? » En se basant sur sa pratique, le thérapeute peut aussi raconter aux clients l'*histoire clinique* d'un couple de même sexe qui a réussi à perdurer malgré ses difficultés. Cet *exemple de cas* peut aider les partenaires à normaliser leurs problèmes, à se sentir moins seuls et à voir la possibilité d'une relation à long terme (Sanders, 2000). (Pour plus de détails sur les stratégies cognitives, voir le chapitre 6.)

On peut aussi suggérer aux partenaires de s'engager dans une communauté gaie ou lesbienne afin de développer une vision plus positive de leur homosexualité (Browning, Reynolds et Dworkin, 1991 ; Falco, 1991). Le fait de s'impliquer dans un organisme (p. ex., un mouvement militant) peut donner aux partenaires le sentiment qu'ils ont le droit d'exister en tant que couple et favoriser la rencontre d'autres couples qui peuvent être des modèles d'engagement et d'estime de soi (Green et Mitchell, 2002).

4.3. Divulgation aux tiers (le *coming out*)

A. Définition et processus du *coming out* (CO)

L'orientation sexuelle n'étant pas une réalité visible en soi, les gais et lesbiennes doivent dévoiler cette identité, ce qui correspond au processus de *coming out*. Parler aux autres de son orientation sexuelle et s'exposer à leurs réactions fait partie du processus par lequel les personnes gaies et lesbiennes définissent leur identité et rajustent leur conception de soi (Savin-Williams et Diamond, 1999). En raison des conséquences négatives anticipées (p. ex., le rejet des membres de l'entourage, leur jugement), certains choisissent de cacher leur orientation sexuelle à l'ensemble de leur entourage. Toutefois, la plupart des gais et lesbiennes dévoilent leur orientation de façon sélective en fonction des individus et des contextes susceptibles d'être réceptifs et acceptants. Compte tenu des transformations sociales et de la plus grande visibilité des minorités sexuelles, les GLB auraient maintenant tendance à divulguer leur orientation sexuelle à un plus grand nombre de personnes et ce, à un plus jeune âge (Dubé, 2000). On estime l'âge du premier *coming out* entre 16 et 18 ans (D'Augelli, 2002 ; Maguen, Floyd et Bakerman, 2002 ; Savin-Williams et Diamond, 2000). Toutefois, en raison de la non-visibilité de l'orientation sexuelle, le *coming out* n'est jamais achevé. De plus, en raison de l'hétérosexisme de certains milieux, plusieurs individus et couples gais et lesbiens se retrouvent continuellement avec le dilemme du dévoilement.

B. Conséquences du CO

Au niveau individuel, le *coming out* favorise la validation de l'identité individuelle, l'acceptation de soi et l'intégrité personnelle, et il prédit une meilleure santé mentale (Jordan et Deluty, 1998). Toutefois, le *coming out* implique aussi la probabilité que l'individu vive du rejet et de la discrimination, pouvant exacerber ses symptômes dépressifs et anxieux (Ossana, 2000).

Au niveau conjugal, de nombreuses études ont montré une relation positive entre, d'une part, l'ouverture à la famille et aux amis et, d'autre part, la satisfaction conjugale (p. ex., Chartrand et Julien, 1996 ; Jordan et Deluty, 2000 ; Smith et Brown, 1997). L'ouverture d'un couple a un impact sur la durabilité de la relation puisqu'elle permet aux autres de valider et de soutenir la relation de couple (Ossana, 2000). La

divulgation de l'orientation sexuelle augmente le niveau de confort en situation sociale (Berger, 1990) et permet au couple d'être authentique, car il n'a plus à se contraindre à agir de manière à invalider sa relation (LaSala, 2000 ; Ossana, 2000).

C. Symétrie et asymétrie au niveau du CO

Pour une personne gaie ou lesbienne n'ayant pas fait son *coming out*, l'établissement d'une relation de couple avec une personne de même sexe augmente la pression à divulguer son orientation sexuelle. Ainsi, les nouveaux partenaires doivent souvent négocier leur degré d'ouverture, ce qui constitue une source potentielle de conflits. On remarque que les partenaires qui présentent une asymétrie dans leur degré d'ouverture sont moins satisfaits de leur relation, comparativement aux couples dont les deux partenaires ont divulgué leur orientation sexuelle, ou ceux dont les deux partenaires ne sont pas ouverts (Jordan et Deluty, 2000 ; MacDonald, 1998). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en présence d'asymétrie dans le degré d'ouverture des partenaires, celui qui est le plus ouvert peut interpréter l'attitude de non-divulgation de son conjoint comme un symbole de honte face à lui ou à la relation, ou encore comme une preuve d'un faible niveau d'engagement, alors que le partenaire le moins ouvert peut se sentir menacé et vivre de l'anxiété (Jordan et Deluty, 2000).

D. Évaluation et intervention

Puisque le *coming out* constitue une particularité des couples de même sexe, l'intervenant doit évaluer le niveau de divulgation de chaque partenaire. Il est recommandé d'investiguer à qui les partenaires ont divulgué leur orientation sexuelle, de même que les réactions de l'entourage. Quelques questionnaires sont disponibles pour évaluer les aspects liés au *coming out*. Par exemple, le questionnaire maison Votre orientation sexuelle et votre entourage, élaboré par l'Équipe de recherche sur la famille et son environnement et inspiré d'Otis *et al.* (2001), comprend neuf items et mesure le degré de divulgation actuel à différents membres de l'entourage (p. ex., père, mère, fratrie, famille élargie, amis hétérosexuels, collègues). Dans le même sens, l'Outness Inventory (Mohr et Fassinger, 2000) comprend 10 items et mesure le degré avec lequel l'homosexualité du client est connue et abordée ouvertement avec les membres de son réseau social.

Il importe de demeurer objectif et d'éviter d'insister auprès des partenaires à faire leur *coming out*. En raison des risques entraînés par le *coming out*, on ne doit pas présumer que la non-divulgation est nécessairement nuisible pour la santé mentale de l'individu et pour la satisfaction conjugale (Green et Mitchell, 2002). Par ailleurs, le thérapeute peut, à l'aide de techniques de résolution de problèmes, encourager le couple à évaluer les coûts et avantages du dévoilement (entre autres sur la qualité de sa relation de couple), et ce, pour chaque situation et pour chaque membre de son réseau social, selon ses besoins actuels. Le clinicien peut également avoir recours à la restructuration cognitive afin d'aider les partenaires à prendre une décision. Voici quelques exemples

de questions pouvant leur être posées : « Quelle est la pire chose qui puisse arriver si vous dévoilez votre orientation sexuelle ? Quelles seraient les conséquences de ce dévoilement ? Pouvez-vous vivre avec ces conséquences ? Quelle est la meilleure chose qui puisse arriver ? » En évaluant de façon réaliste l'ensemble des conséquences possibles, les clients peuvent, par exemple, prendre conscience qu'ils sont en mesure de faire face aux conséquences négatives anticipées et entrevoir des avantages qu'ils n'avaient pas envisagés. Ce changement au niveau cognitif entraînera une diminution de l'anxiété et favorisera la prise de décision quant à la divulgation.

Dans l'éventualité où un des partenaires ou les deux optent pour la divulgation, il convient de préparer les couples aux répercussions possibles de leur décision sur leur relation conjugale (Murphy, 1992). L'intervenant peut aider le couple à anticiper les réactions possibles de son entourage à la suite de son dévoilement et à élaborer des réponses adéquates, par la pratique de jeux de rôle. Il peut également contribuer à identifier avec les clients les alliés potentiels susceptibles d'apporter du soutien. Si le *coming out* génère de l'anxiété chez un partenaire, le clinicien peut lui faire pratiquer des techniques de relaxation et de visualisation, où, par exemple, il s'imagine faisant face aux situations stressantes (Dworkin, 2000 ; Purcell *et al*., 1996). De plus, par l'entraînement aux habiletés de communication et d'affirmation de soi, l'intervenant peut promouvoir le dialogue entre les partenaires concernant la signification que chacun donne à sa propre décision et à la décision de l'autre face au degré d'ouverture. À cet égard, il est essentiel que le thérapeute remette en question, s'il y a lieu, la croyance des partenaires à l'effet que le niveau de dévoilement constitue un indice d'amour éprouvé par son partenaire (Blais *et al*., 2004). Par exemple, il peut confronter cette croyance en demandant : « Y a-t-il d'autres raisons possibles, mis à part l'amour, qui explique qu'un individu dévoile ou non son homosexualité ? Avez-vous d'autres indices de l'amour de votre partenaire à votre égard ? » De plus, il peut suggérer au couple d'émettre, durant la semaine, une action simple (c'est-à-dire un *test comportemental*) qui permet de montrer au partenaire qu'il existe d'autres façons d'exprimer son amour (p. ex., un geste affectif, une lettre d'amour, etc.). L'encadré 8.1 présenté à la page suivante résume les différents aspects à considérer lorsqu'un client envisage de divulguer son orientation sexuelle.

4.4. Soutien social

Jusqu'à tout récemment, les couples de même sexe n'avaient pas accès aux institutions légales et sociales dont bénéficient les couples hétérosexuels. Cette non-reconnaissance des sources de soutien dans la société, et parfois même dans la famille d'origine, augmente l'importance de la création d'un réseau qui puisse fournir de l'assistance et valider la relation de couple. Ainsi, plusieurs partenaires gais et lesbiens forment ce qui est appelé une *famille de choix*, composée d'individus reconnaissant et soutenant le couple de même sexe, et ayant la fonction de remplir une partie du rôle de soutien habituellement dévolu à la famille d'origine. Une autre stratégie employée par les gais et lesbiennes pour pallier à l'absence de soutien institutionnel consiste à socialiser davantage

ENCADRÉ 8.1
Le *coming out*

Aspects à considérer lorsqu'un client envisage de divulguer son orientation sexuelle à son entourage :

- Établir si le *coming out* origine du désir du client ou s'il fait suite à la pression du partenaire. Dans cette dernière éventualité, encourager le dialogue entre les partenaires concernant leur propre décision et leurs émotions face au degré d'ouverture afin de favoriser la compréhension et le respect mutuel.
- Évaluer et tenir compte du niveau de confort du client face à son orientation sexuelle (voir la section « Développement de l'identité sexuelle et homophobie intériorisée » de ce chapitre). Dans le cas où le client présente un niveau élevé d'homophobie intériorisée, il est préférable, dans un premier temps, de travailler à réduire celle-ci avant d'envisager le *coming out*. Le client sera davantage en mesure de faire face aux réactions négatives s'il est plus à l'aise avec son orientation sexuelle.
- Évaluer les coûts et les bénéfices de la divulgation pour chacune des personnes du réseau social. Y a-t-il des conséquences potentiellement dangereuses ou néfastes pour le bien-être physique et psychologique du client ? Le client est-il à risque de subir de la violence ? de perdre son emploi ? de perdre des droits de visite ou de garde d'enfants ?
- Normaliser les émotions associées au *coming out*. Pour la plupart des GLB, le *coming out* à son entourage constitue un événement qui suscite un niveau élevé d'anxiété (D'Augelli, 1991).
- Encourager une divulgation sélective et graduelle. Il n'est pas nécessaire de divulguer son orientation sexuelle à tout le monde, dans toutes les sphères de sa vie, au même moment. La plupart des GLB dévoilent leur orientation homosexuelle d'abord aux personnes avec qui ils se sentent en confiance, habituellement à leurs amis les plus proches, puis ensuite aux membres de leur famille (Bigner, 2000 ; Jordan et Deluty, 1998).
- Dissuader le client de faire son *coming out* durant une période de crise.
- Outiller le client afin qu'il soit en mesure de faire face aux réactions négatives d'autrui.
- Suite au *coming out*, encourager le client à maintenir le dialogue ouvert avec ses amis ou les membres de sa famille même si ceux-ci ont eu une réaction négative. Mettre en lumière que les membres de l'entourage peuvent avoir besoin de temps pour s'adapter et accepter son orientation sexuelle. Informer le client que même si les réactions des parents ont tendance à être négatives au départ, ces derniers tendent à être plus tolérants, et même à accepter l'homosexualité de leur enfant avec le temps (DiPlacidio, 1998).
- Rappeler que le *coming out* est un processus qui dure toute la vie. Encourager le client à maintenir des liens sociaux positifs, à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté GLB, qui seront en mesure de lui apporter du soutien lors de ces événements stressants.
- Fournir de la documentation sur les différentes ressources du milieu au besoin.

Adapté de Peterkin et Risdon (2003).

en couple. L'exposition du couple aux membres du réseau social augmente la probabilité d'être visible socialement, perçu, défini et soutenu en tant que couple. Le soutien au couple a comme rôle principal de renforcer les sentiments positifs des gais et lesbiennes envers leur partenaire et leur relation, facilitant ainsi le maintien de la relation et l'ajustement conjugal (Julien, 1998 ; Smith et Brown, 1997).

Au niveau individuel, les études suggèrent que le soutien constitue une variable *tampon* contre la stigmatisation de l'environnement social (Hershberger et D'Augelli, 1995). Au niveau conjugal, plus une personne gaie ou lesbienne est ouverte à l'ensemble de son entourage quant à son orientation sexuelle, plus elle est susceptible de recevoir du soutien conjugal (Jordan et Deluty, 2000 ; Ossana, 2000). Enfin, les couples qui reçoivent du soutien, particulièrement de la part des amis et des membres de la famille d'origine, sont plus satisfaits de leur relation (Chartrand et Julien, 1996 ; Julien, Chartrand et Bégin, 1999). En somme, les interactions de soutien des couples homosexuels avec la famille ou les amis sont cruciales pour la viabilité du couple.

Toutefois, il importe de mentionner que dans des contextes d'intolérance de l'environnement social, les gais et lesbiennes ont tendance à resserrer les liens entre eux et à former des réseaux relativement fermés. Dans ce contexte, les gais et lesbiennes maintiennent souvent des liens d'amitié avec leurs ex-partenaires à la suite d'une rupture (Peplau et Spalding, 2003 ; Peterkin et Risdon, 2003). Il n'est pas rare, surtout chez les couples de femmes lesbiennes, que les ex-partenaires fassent aussi partie du réseau social du couple. Le fait de partager un réseau social commun et dense, où les ex-partenaires sont présents, peut parfois rendre difficile l'établissement des frontières du couple et être source de conflits potentiels. Par exemple, le fait pour une partenaire de couple de maintenir des liens amicaux serrés avec une ex-partenaire peut être perçu, par la nouvelle conjointe, comme une menace au maintien de la relation et générer des sentiments de jalousie chez cette dernière.

A. Évaluation et intervention

L'intervenant doit être conscient du rôle joué par les proches dans le développement et le maintien de la relation conjugale des gais et lesbiennes. Voici les principaux aspects à évaluer concernant le réseau social du couple : la taille et la composition du réseau de soutien ; la fréquence et la durée des contacts ; les modes de contact (p. ex., par téléphone, par courriel, en personne) ; le type d'activités pratiquées ; la multiplicité des liens (p. ex., une personne a le rôle d'une amie mais est aussi la collègue d'un des partenaires) ; le type de soutien reçu ; la satisfaction à l'égard du soutien reçu ; la réciprocité du soutien ; la densité des liens (l'étendue avec laquelle les membres du système de soutien se connaissent et s'offrent du soutien entre eux) ; la stabilité des réseaux. L'évaluation du soutien social doit aussi comprendre des questions sur les contacts que les clients entretiennent avec la culture gaie et lesbienne.

Afin de faciliter la collecte d'informations, il peut être utile d'effectuer un *sociogramme* et un *génogramme*, de manière à illustrer les individus inclus dans le réseau du couple (Green et Mitchell, 2002). Aussi, plusieurs questionnaires validés permettent de mesurer les divers aspects du soutien chez les gais et lesbiennes. Un instrument validé auprès d'une population homosexuelle, le Questionnaire sur le soutien au couple (Chartrand, 1995), évalue la perception du soutien au couple fourni par l'entourage. Les premières questions visent à élaborer un portrait des membres de la famille inclus dans le réseau social des individus. Puis, un total de 10 items mesurent le soutien et l'interposition provenant, d'une part, des membres de la famille et, d'autre part, des amis. Plusieurs autres mesures existent en version anglaise, p. ex. le Gay Social Support Index (Campbell, 2000), le Social Support Questionnaire (Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983) et le Perceived Social Support (Procidano et Heller, 1983), mais la plupart n'ont pas été validées auprès d'une population gaie et lesbienne.

Si le réseau de soutien du couple s'avère déficient, l'intervenant peut faire ressortir, dans un premier temps, le rôle important du soutien sur l'ajustement des individus et du couple (Smith et Brown, 1997). Ensuite, il peut être utile, au besoin, d'assister les partenaires dans l'élaboration et le maintien d'un réseau de soutien proche et aidant au couple (Berger, 1990 ; Green et Mitchell, 2002). Pour ce faire, il importe d'encourager le couple à jouer un rôle proactif dans le développement d'un système de soutien social cohésif, incluant des membres diversifiés (c'est-à-dire, autant de la famille, des amis d'orientation gaie et lesbienne que des amis hétérosexuels). Par exemple, il peut être suggéré au couple de s'impliquer dans des organismes déjà bien établis, selon leurs intérêts (p. ex., organisations artistiques, musicales, éducatives, d'aide communautaire, sportives, politiques), de façon à ce que les partenaires créent des liens amicaux. Une fois que les partenaires ont créé des liens d'amitié avec d'autres individus, la seconde étape consiste à encourager le couple à organiser, sur une base régulière, des événements sociaux (p. ex., des activités de plein air en groupe, la location d'un chalet pour les vacances, des soupers, une soirée dansante) afin de créer un réseau de soutien plus cohésif (Green et Mitchell, 2002). La fréquentation d'un groupe communautaire adapté aux personnes GLBT (p. ex., les organismes de défense des droits des personnes GLBT, les groupes communautaires d'entraide pour les personnes GLBT et les couples de même sexe, les regroupements de professionnels GLBT, les revues et journaux pour personnes GLBT) peut aussi être suggérée pour maximiser les sources de soutien.

4.5. Socialisation des rôles sexuels et équilibre entre les besoins d'intimité et d'autonomie

Selon certaines théories de l'apprentissage social, l'identité de la femme se développe davantage à travers ses relations avec les autres, alors que celle de l'homme se définit plutôt par son autonomie par rapport aux autres (p. ex., Cross et Madson, 1997 ; Maccoby, 1990). Les femmes seraient davantage orientées vers le développement et le maintien de leurs relations intimes, alors que les hommes accorderaient un plus grand intérêt à

leur développement personnel et à leur réussite sociale qu'à leurs relations intimes. Par conséquent, des auteurs présument que les couples de même sexe seraient caractérisés par les qualités traditionnellement associées aux partenaires féminins/masculins ; ils soutiennent que l'amplification des traits féminins chez les couples de lesbiennes (p. ex., l'intimité, l'expressivité des émotions) et masculins chez les couples gais (p. ex., l'autonomie, l'indépendance) serait susceptible d'engendrer des difficultés conjugales particulières (p. ex., Krestan et Bepko, 1980). Les femmes lesbiennes seraient plus enclines à entretenir des relations de dépendance réciproque avec leur partenaire (relation de type « fusionnel » que certains qualifient de pathologique), alors que les partenaires gais éprouveraient des difficultés à communiquer leurs émotions et à maintenir une relation intime à long terme.

Bien qu'il existe bon nombre d'écrits sur ce sujet, ces affirmations concernant la polarisation des traits féminins chez les couples de lesbiennes et masculins chez les gais relèvent de l'observation clinique et ne sont pas basées sur des études empiriques (Ossana, 2000). Ces présomptions sous-tendent l'idée que la socialisation des rôles sexuels affecte les hommes et les femmes de la même manière, quelle que soit leur orientation sexuelle. Or, plusieurs études montrent que les personnes gaies et lesbiennes sont moins conformistes que les individus hétérosexuels dans l'adoption des rôles sexuels (Bailey et Zucker, 1995 ; Green, Bettinger et Zacks, 1996). Les individus homosexuels, comparativement aux hétérosexuels, développeraient un concept de soi plus androgyne, c'est-à-dire comportant à la fois des traits d'expressivité (p. ex., l'expression des émotions, l'intimité) liés au sexe féminin et des traits d'instrumentalité (p. ex., l'autonomie, l'indépendance) liés au sexe masculin (Julien, Arellano et Turgeon, 1997 ; Kurdek, 1987). Étant donné la plus grande flexibilité des rôles observée chez les personnes gaies et lesbiennes comparativement aux individus hétérosexuels, il apparaît moins évident que la socialisation différente des hommes et des femmes affecte la dynamique des couples de même sexe de façon aussi marquée.

À cet égard, les études réalisées avec des échantillons non cliniques et mesurant différents aspects de la relation conjugale des couples de même sexe, incluant l'intimité et l'autonomie, ne permettent pas de conclure à une plus grande fusion chez les partenaires lesbiennes (p. ex., Kurdek, 1998). Par ailleurs, bien que certaines études montrent une plus grande proximité et une plus grande intimité entre les partenaires lesbiennes comparativement aux partenaires hétérosexuels et gais (p. ex., Green *et al*., 1996 ; Kurdek, 1998), il n'y a pas d'évidence empirique qui montre que cette proximité soit problématique (Peplau *et al*., 1996). Au contraire, quelques études montrent que la proximité entre les partenaires lesbiennes est reliée à la satisfaction conjugale (Green *et al*., 1996 ; Schreurs et Buunk, 1996) et qu'elle est un prédicteur de la stabilité conjugale (Green *et al*., 1996). Certains auteurs voient la plus grande cohésion des partenaires lesbiennes comme une stratégie adaptative visant à maintenir l'intégrité du couple dans un environnement social hétérosexiste (Ossana, 2000). Par exemple, l'isolement d'un ou des partenaires par rapport à leur famille d'origine peut créer une plus forte dépendance des partenaires

envers la relation de couple. Il importe donc de situer la relation de couple dans son contexte social et de ne pas considérer la proximité des partenaires comme étant nécessairement un indice de pathologie. En ce qui concerne les couples gais, bien que certaines études montrent une plus grande autonomie des partenaires et une moins grande stabilité au niveau de leur relation comparativement aux couples hétérosexuels (p. ex., Kurdek, 1998), d'autres études observent une plus grande proximité entre les partenaires gais qu'entre les partenaires hétérosexuels (p. ex., Green *et al.*, 1996). En somme, d'autres études sont nécessaires pour clarifier le rôle de la socialisation des hommes et des femmes sur le fonctionnement conjugal des couples de même sexe.

A. Évaluation et intervention

Comme dans toute thérapie conjugale, il importe d'évaluer soigneusement la dynamique interactionnelle du couple. Il semble particulièrement important, avec cette clientèle, de distinguer les dynamiques de proximité positive et négative, et d'évaluer dans quelle mesure celles-ci représentent un problème pour les partenaires. Il convient de demeurer alerte aux relations dans lesquelles la proximité entre les partenaires est telle qu'elle brime l'autonomie personnelle (Schreurs et Buunk, 1996). De la même manière, des besoins d'autonomie qui menacent le développement d'une intimité entre les partenaires pourraient être néfastes pour la survie de la relation conjugale, comme par exemple dans le cas où l'un des partenaires évite de s'engager dans tout projet commun avec son conjoint afin de conserver sa liberté.

Peu d'instruments sont disponibles pour évaluer la dynamique conjugale des couples de même sexe. Pour les couples gais, il existe un questionnaire pour mesurer le fonctionnement conjugal qui se nomme Relationship Assessment Measure for Same-Sex Couples (RAM-SSC ; Burgoyne, 2001). Il comprend 90 items vrai-faux répartis en huit sous-échelles évaluant différents aspects du fonctionnement conjugal (p. ex., résolution de conflits, affection, cohésion, sexualité, compatibilité, autonomie, etc.). Le total des sous-échelles peut être compilé pour obtenir un score général du niveau d'intimité dans le couple. À notre connaissance, il n'existe pas d'instrument équivalent pour les couples de femmes. Le Test d'ajustement marital (MAT, Locke et Wallace, 1959) en version adaptée et validée pour les couples de même sexe[5] (Julien, Chartrand, Simard, Bouthillier

5. Pour utiliser ce questionnaire avec des couples de même sexe, la formulation des questions a été modifiée de manière à neutraliser les différences hommes-femmes. De plus, les scores de l'item 10 ont été modifiés comme suit : dans la version hétérosexuelle, un score 2 est donné au conjoint et un score 1 est donné à la conjointe lorsqu'il ou elle rapporte être la personne qui cède lors de désaccords dans le couple. Dans la version homosexuelle, un score 2 est donné au partenaire qui cède. L'étude des qualités psychométriques de la version adaptée du MAT avec des couples de même sexe montre un degré satisfaisant de fidélité et de validité convergente comparativement à l'utilisation auprès de couples hétérosexuels (Julien *et al.*, 1999).

et Bégin, 2003), peut être utile pour mesurer le niveau de satisfaction de chacun des partenaires face à sa relation et à l'autre conjoint. Il comprend une question de satisfaction globale dans le couple, huit questions mesurant des sources possibles de désaccords entre les partenaires et six questions mesurant la résolution de conflit, la cohésion et la communication dans le couple.

Lorsque l'évaluation révèle un réel problème au niveau de l'équilibre entre les besoins d'intimité et d'autonomie, le clinicien peut se référer aux mêmes interventions qui s'appliquent à tous les types de couple présentant un tel problème. Par exemple, pour un couple qui présente une dépendance *fusionnelle*, le but de la thérapie sera d'aider les partenaires à valoriser leurs différences plutôt qu'à les percevoir comme étant menaçantes et à développer des habiletés associées à l'individuation (Blais *et al*., 2004). Il est nécessaire d'aider les partenaires à prendre conscience qu'une plus grande distance ne signifie pas un manque d'amour ou d'engagement et qu'elle ne constitue pas une menace au maintien de la relation. De plus, il peut être utile d'identifier avec les partenaires les conséquences de négliger leurs besoins personnels. Ensuite, dans le but de développer une plus grande autonomie des partenaires, on peut encourager ceux-ci à développer des relations amicales et des intérêts à l'extérieur de leur relation conjugale, à prendre des moments chaque semaine pour faire des activités séparément, etc. Au contraire, si les besoins d'autonomie dominent et enfreignent le développement d'une intimité émotionnelle entre les partenaires, les techniques de communication dans le couple peuvent servir à améliorer l'intimité au sein du couple et à favoriser l'expression des émotions. Par exemple, on peut encourager les partenaires à prévoir un moment hebdomadaire pour échanger à propos de leurs sentiments, de leurs difficultés et de l'appréciation qu'ils ont l'un envers l'autre.

4.6. Socialisation des rôles sexuels et communication

Les quelques études qui ont observé les interactions des couples de même sexe, lors de tâches de résolution de problèmes et de soutien, n'ont pas trouvé de différences entre les couples gais, lesbiens et hétérosexuels sur leur façon de communiquer et de gérer des conflits (Arellano, 1993 ; Julien *et al*., 2003). Le niveau de détresse conjugale des partenaires, sans égard à leur orientation sexuelle, semble être le principal facteur qui discrimine le style de communication du couple. Par ailleurs, certaines études qui ont examiné la communication des couples de même sexe en lien avec la socialisation des rôles sexuels indiquent que l'adoption par les partenaires de certains traits typiquement féminins ou masculins peut avoir une influence sur la communication conjugale. En effet, les personnes gaies et lesbiennes ayant davantage de traits traditionnellement associés au genre féminin, tels que mesurés par des instruments autorapportés, manifestent davantage de comportements conflictuels (hostilité et confrontation) lors de tâches de résolution de conflits conjugaux (Arellano, 1993). De plus, il semble que l'exagération des traits « féminins » chez un des partenaires et « masculins » chez l'autre soit plus problématique. En effet, les partenaires de couple qui possèdent des traits

opposés (féminin/masculin), comparativement à ceux dont les traits sont similaires ou androgynes, manifestent un niveau plus élevé de comportements négatifs lors d'interactions conjugales, particulièrement chez les couples de femmes (Arellano, 1993). Il est à noter qu'on observe ce même phénomène quant à la polarisation des traits féminins/masculins chez les partenaires de couples hétérosexuels (Julien, Arellano et Turgeon, 1997). Ces données laissent supposer que plus un ou une partenaire adopte un répertoire comportemental polarisé et rigide, qui soit différent et étranger de celui de son ou sa conjointe, plus le couple risque d'éprouver de la difficulté à se comprendre et de développer des problèmes de communication, et ce, peu importe son orientation sexuelle.

A. Évaluation et intervention

Comme dans toute thérapie conjugale, et de la même manière qu'avec les couples hétérosexuels, il importe d'évaluer les patrons de communication du couple. Par ailleurs, puisque la socialisation des rôles sexuels est susceptible d'avoir un impact sur les interactions conjugales, il peut être utile d'évaluer dans quelle mesure les partenaires ont adopté les traits traditionnellement associés aux genres féminin et masculin. Le California Psychological Inventory (CPI; Baucom, 1976) est un des instruments qui permettent d'évaluer le degré de flexibilité/rigidité des rôles sexuels des partenaires du couple. De plus, une traduction française du Bem Sex-Role Inventory, soit le Questionnaire sur les rôles sexuels de Bem (Langis, Mathieu et Sabourin, 1991), est disponible et peut être employée auprès des individus gais et lesbiens. Dans le cas où les partenaires présentent des traits stéréotypés masculins/féminins, les interventions viseront à aider les partenaires à développer une plus grande flexibilité au niveau de leur répertoire comportemental. L'exemple de cas suivant illustre ces interventions :

Vignette clinique – Pierre et Benoît

Pierre et Benoît consultent, entre autres, car ils se disent insatisfaits des réactions de l'autre lorsque leurs opinions divergent. Le thérapeute évalue, par ses observations et par ce qui est rapporté par le couple, que lors de leurs conflits, Benoît a tendance à arrêter abruptement la discussion, à se retirer et à ne plus parler (comportement plus typiquement masculin), alors que Pierre a plutôt tendance à parler beaucoup (comportement plus typiquement féminin) pour faire valoir son point de vue, et même parfois à crier, ce qui amène Benoît à l'écouter encore moins. Pierre se sent alors incompris et crie encore davantage pour se faire entendre. Le clinicien explique donc aux partenaires comment leur patron de communication peut mener à un cercle vicieux et empêcher la bonne résolution de leurs conflits. De plus, des discussions sont entreprises sur les liens entre leurs comportements et leurs expériences passées afin d'aider chacun à mieux comprendre les attitudes de son partenaire.

Ensuite, le thérapeute leur explique les stratégies d'une saine communication et leur fait pratiquer ensemble ces stratégies. Plus spécifiquement, il est montré à Pierre, par de la psychoéducation et des jeux de rôles, comment exprimer son point de vue de manière simple, brève et non accusatrice, et il est expliqué à Benoît comment exprimer ses sentiments et ses opinions tout en écoutant et en essayant de comprendre ceux de Pierre. Par la suite, le thérapeute fait prendre conscience au couple comment la pratique de nouvelles habiletés de communication leur permet d'équilibrer et de diversifier leur répertoire comportemental et les aide à mieux résoudre leurs conflits.

4.7. Partage des tâches

Les résultats de recherche quant à la flexibilité des rôles chez les couples de même sexe vont à l'encontre du stéréotype voulant que l'un des partenaires joue le rôle de la femme alors que l'autre joue le rôle de l'homme. En effet, l'adoption des rôles féminins et masculins stéréotypés par les partenaires de couple de même sexe n'a pas de soutien empirique (pour un examen de la question, voir Haas, 2003 ; Kurdek, 1995 ; Peplau *et al.*, 1996). En fait, le patron dominant observé empiriquement chez les couples de même sexe, avec ou sans enfants, est la flexibilité des rôles où les partenaires partagent de façon égalitaire les tâches domestiques et parentales (Patterson, 2000). L'équité entre les partenaires semble particulièrement importante chez les couples de femmes. En effet, chez celles-ci, un niveau d'équité élevé dans la relation est associé à la satisfaction conjugale (p. ex., Caldwell et Peplau, 1984 ; Peplau, Padesky et Hamilton, 1982 ; Schreurs et Buunk, 1996). De plus, chez les couples lesbiens, la flexibilité des rôles s'avère un prédicteur de la stabilité de la relation (Green *et al.*, 1996). L'inégalité des partenaires au niveau des tâches domestiques est donc susceptible d'être une source importante de conflit, particulièrement chez les couples de femmes.

A. Évaluation et intervention

Compte tenu de l'importance de l'équité dans le partage des tâches chez les couples de même sexe, particulièrement chez les lesbiennes, il peut être pertinent d'évaluer la satisfaction des partenaires quant à cet aspect de leur vie conjugale. Le questionnaire Qui fait quoi, traduction française du Who Does What (Cowan et Cowan, 1990), est un instrument qui évalue la perception des partenaires de couple quant aux tâches domestiques (13 items), aux prises de décisions reliées au couple et à la famille (12 items), aux soins et à l'éducation des enfants (24 items), ainsi que la satisfaction de chaque partenaire quant aux arrangements actuels. Lorsqu'il y a présence d'insatisfactions et de conflits au niveau du partage des tâches, on peut avoir recours à des techniques de résolution de problèmes et de négociation visant à établir des ententes entre les partenaires.

4.8. Sexualité

La sexualité constitue l'un des aspects de la sphère conjugale où on observe le plus de différences entre les couples gais, lesbiens et hétérosexuels. Toutefois, bien que ces trois types de couples puissent avoir des pratiques sexuelles qui les caractérisent, ils rapportent des niveaux de satisfaction sexuelle similaires (Patterson, 2000). Pour tous les couples, la fréquence des rapports sexuels tend à diminuer au fil de la durée de la relation conjugale. Cependant, on observe un déclin moins prononcé chez les couples gais et plus prononcé chez les couples de femmes comparativement aux couples hétérosexuels (mariés ou non) (Patterson, 2000). La moindre fréquence des relations sexuelles chez les couples lesbiens serait expliquée, entre autres, par le fait que les femmes ne sont pas socialisées à initier les contacts sexuels et évitent de le faire par crainte de rejet (Blumstein et Schwartz, 1983). Toutefois, le déclin observé dans la fréquence des activités sexuelles chez les partenaires lesbiennes semble être compensé par l'expression de gestes affectifs non génitalisés (p. ex., caresses, baisers), suggérant une conception de la sexualité différente chez les femmes par rapport aux hommes (Klinger, 1996). En effet, plusieurs études montrent que les partenaires gais sont plus actifs sexuellement et sont plus ouverts à des relations sexuelles extraconjugales que les partenaires lesbiennes et hétérosexuels (pour un examen du sujet, voir Patterson, 2000). Chez les couples gais, la fidélité des partenaires est davantage envisagée sur le plan de l'engagement émotionnel que de l'exclusivité sexuelle (LaSala, 2001 ; Ossana, 2000). Chez les partenaires gais ouverts, les aventures sexuelles en dehors du couple, n'impliquant généralement pas d'engagement émotionnel, ne sont pas nécessairement une menace pour la relation (Blumstein et Schwartz, 1983 ; McWhirter et Mattison, 1984). Toutefois, il importe de mentionner que ce ne sont pas tous les couples gais qui sont ouverts. À la suite de l'épidémie du sida, certaines données indiquent une augmentation du nombre de couples gais choisissant de maintenir une relation monogame (Berger, 1990). Pour ces couples, les activités sexuelles extraconjugales sont susceptibles d'être considérées comme une trahison et, dans ce cas, d'être préjudiciables au maintien de la relation (LaSala, 2001). Les études montrent que les couples gais ouverts et fermés ne diffèrent pas au niveau de la satisfaction conjugale, de l'attachement dyadique et de l'ajustement psychologique (pour une étude de la question, voir Haas, 2003 ; Kurdek, 1995). Par contre, il semble que l'ouverture sexuelle soit plus problématique si cette vision n'est pas partagée par les deux partenaires ou s'il y a bris des règles concernant les activités extraconjugales (p. ex., un des partenaires développe des sentiments amoureux envers un partenaire occasionnel). De la même manière, le non-respect d'une entente sur l'exclusivité sexuelle peut être une source importante de conflits. L'accord des deux partenaires sur l'ouverture ou l'exclusivité sexuelle, ainsi que le respect des règles établies, constituent de meilleurs prédicteurs de la satisfaction conjugale que le fait d'être ouvert ou non (Romance, 1988). Toutefois, il importe de souligner que la crainte d'infecter le partenaire du VIH ou d'être infecté par ce virus peut être une source de préoccupation importante chez les couples gais qui ont des pratiques sexuelles extraconjugales (Patterson

et Schwartz, 1994). Certaines études montrent que l'adoption de comportements sexuels à risque (p. ex., la pénétration anale sans préservatif) est associée négativement à la satisfaction conjugale (Julien, Chartrand et Bégin, 1996).

A. Évaluation et intervention

Lors de l'évaluation de la sphère sexuelle, il importe que le clinicien soit informé des normes d'activités sexuelles et de satisfaction chez les couples gais et lesbiens et qu'il évite de s'appuyer sur les normes hétérosexuelles. Par exemple, il ne doit pas s'appuyer uniquement sur la fréquence des activités sexuelles pour évaluer la présence d'un trouble sexuel chez un couple de femmes lesbiennes. Ce couple peut avoir une vie sexuelle satisfaisante (p. ex., de multiples caresses) même si les contacts génitaux sont limités. De même, devant une vie sexuelle ouverte, il importe d'examiner l'entente entre les partenaires quant aux activités sexuelles extraconjugales et d'évaluer la satisfaction de chacun face à cette entente. En fait, l'évaluation de la satisfaction de chacun des partenaires quant à leur vie sexuelle constitue le meilleur indice pour détecter s'il y a présence ou non de difficultés sexuelles dans le couple.

Aussi, il peut être utile d'évaluer les comportements sexuels à risque des partenaires et ce, particulièrement chez les couples gais. Un questionnaire, élaboré par Julien et ses collègues (1996) à partir de l'adaptation française de l'entrevue structurée de Martin et Dean (1989), mesure la nature et la fréquence des comportements sexuels, incluant les comportements sexuels à risque, avec le partenaire et avec des hommes à l'extérieur du couple (p. ex., le type de pénétration, les relations sexuelles à trois, les rapports sexuels non protégés, etc.). Ce questionnaire évalue également la satisfaction sexuelle des partenaires. En outre, lorsque le clinicien aborde le sujet de la sexualité avec le couple, il peut être pertinent de vérifier si les partenaires sont atteints d'une infection transmise sexuellement (ITS), particulièrement le VIH. Bien que cette dernière ne soit pas une maladie touchant exclusivement les personnes GLBT, les relations sexuelles entre hommes sont encore considérées comme un important facteur de risque de contraction du VIH. Il peut également être pertinent de leur demander s'ils connaissent des proches qui sont atteints du VIH ou qui sont décédés à la suite de cette maladie, car cette situation peut affecter leur état psychologique (Bernstein, 1993).

Lorsqu'il y a désaccord entre les partenaires concernant l'exclusivité sexuelle, les interventions devraient viser prioritairement l'entente entre les partenaires concernant cet aspect de leur vie conjugale. Par exemple, des exercices de négociation peuvent être faits entourant la décision d'une relation exclusive ou non (Browning *et al.*, 1991 ; Ossana, 2000). Pour débuter, le thérapeute peut explorer avec les partenaires les émotions et les motivations qui sous-tendent leur questionnement et leur décision. Il peut demander à chaque partenaire : « Comment vous sentez-vous par rapport à votre situation conjugale actuelle ? Qu'est-ce qui vous a amené à vous questionner sur le statut de votre relation ? Quels sont les avantages et les désavantages d'avoir une relation exclusive versus non

exclusive ? Que ressentez-vous face à ces deux statuts ? », etc. Si les partenaires choisissent d'avoir une relation *ouverte*, l'établissement de « règles » comportementales claires et spécifiques concernant les activités sexuelles à l'extérieur de leur relation est suggéré (Green et Mitchell, 2002) (voir l'encadré 8.2). Ces « règles » aideraient à diminuer les ambiguïtés existantes dans la relation de couple et augmenteraient les sentiments de sécurité affective des partenaires (Green et Mitchell, 2002). En outre, des séances de *psychoéducation* peuvent être nécessaires afin de favoriser des relations sexuelles protégées et d'éliminer les comportements sexuels à risque. Par exemple, il peut s'agir d'expliquer au couple quels sont les comportements sexuels sans risque (p. ex., masturbation, massage, etc.), à faible risque (p. ex., fellation sans échange de sperme, pénétration avec condom, etc.) et à risque élevé (pénétration sans condom, cunnilingus sans préservatif, etc.), comment s'affirmer auprès du partenaire pour se protéger lors d'une relation sexuelle, comment demander à son conjoint de l'information sur ses partenaires sexuels précédents et quels sont les traitements médicaux pour les maladies transmises sexuellement. Pour plus de détails concernant les comportements sexuels à risque, on pourra consulter le livre de Peterkin et Risdon (2003) cité en référence.

Dans le cas où un partenaire ou les deux sont atteints du VIH, les interventions suivantes sont suggérées : faire verbaliser les émotions de chacun des partenaires face à la maladie, suggérer au couple de rencontrer et de questionner un autre couple dont un des partenaires est *séropositif*, sur leurs expériences et leurs stratégies pour mieux gérer la maladie, identifier les pensées irréalistes (p. ex., « il ne pourra jamais rien m'arriver à moi ! ») et les remplacer par des pensées plus réalistes favorisant les pratiques sexuelles protégées (p. ex., « il y a moins de risque que je contracte le VIH si j'utilise le condom avec mes partenaires ») et encourager le couple à la pratique d'activités sociales mutuellement satisfaisantes qui ne sont pas reliées au VIH (Blais *et al*., 2004 ; Evosevich et Avriette, 2000).

Pour les couples dont un partenaire ou les deux présentent des problèmes de faible désir sexuel, l'exercice nommé *sensate focus*, utilisé aussi chez les couples hétérosexuels, peut être enseigné aux partenaires et pratiqué à la maison, afin d'améliorer leur connaissance des sensations et des caresses agréables pour l'autre, d'apprendre à donner et à recevoir du plaisir sexuel et de diminuer leur anxiété par rapport aux contacts sexuels pour ainsi favoriser leur bien-être sexuel (Evosevich et Avriette, 2000 ; pour plus de détails voir le chapitre 7 sur la sexualité).

Enfin, lors des interventions portant sur la sexualité, il est recommandé de ne pas adopter un rôle d'expert, mais plutôt une attitude égalitaire avec le couple. Puisque les couples de femmes lesbiennes accordent beaucoup d'importance à l'égalité dans leurs relations, le rôle d'expert de la part du thérapeute peut être perçu comme étant paternaliste et risque de miner la relation thérapeutique. Une attitude égalitaire implique d'abord de questionner les partenaires sur leurs objectifs d'amélioration de leur sexualité. Dans la phase de résolution des problèmes, il importe de suggérer des stratégies plutôt que de les prescrire. À cette étape, il peut être utile que les partenaires décrivent

ENCADRÉ 8.2
Relation non monogame

Certains couples de même sexe, particulièrement les hommes gais, choisissent de vivre une relation de couple non monogame. Il est alors suggéré que les partenaires établissent certains paramètres afin d'encadrer leurs activités sexuelles en dehors du couple. Ces « règles » peuvent inclure ce qui suit.

- La fréquence des contacts avec une tierce personne. Les contacts répétés avec une même personne sont-ils permis ? Si oui, combien de fois ?
- Le niveau de communication des partenaires à propos des activités extraconjugales. Certains couples adoptent la règle « *don't ask, don't tell* », alors que d'autres utilisent les aventures sexuelles comme source d'inspiration érotique pour leurs propres échanges sexuels.
- L'inclusion ou non d'une tierce personne dans la vie sexuelle du couple (rapports sexuels à trois).
- Les restrictions concernant les lieux où se déroulent les activités sexuelles extraconjugales ou la nature du lien avec les partenaires (p. ex., pas à la maison du couple, dans le lit conjugal, dans la même ville, dans le cercle d'amis, etc.).
- L'entente concernant les comportements sexuels à risque et la protection lors des activités extraconjugales (p. ex., pas de pénétration anale, obligation de se protéger lors des relations extraconjugales, entente de révéler tous rapports non protégés ou bris de condom, etc.).
- Prévoir une réévaluation périodique des besoins et de la satisfaction des partenaires concernant les activités sexuelles extraconjugales.

Adapté de Peterkin et Risdon (2003).

eux-mêmes leurs stratégies déjà existantes et efficaces et en génèrent de nouvelles (MacDonald, 1998). Le thérapeute agira en tant que guide dans l'identification, le choix et l'application des stratégies et dans l'atteinte des objectifs.

4.9. Violence conjugale

Contrairement à la croyance populaire et à la compréhension féministe du phénomène, les couples de même sexe peuvent, au même titre que les couples hétérosexuels, vivre de la violence conjugale (Bailey, 1996 ; Ristock, 2003). Il est toutefois difficile d'en estimer la prévalence. En l'absence de données canadiennes sur le sujet, l'ensemble des enquêtes américaines évaluent entre 20 % et 52 % le taux de violence conjugale chez les couples gais et lesbiens (Bradford et Ryan, 1988 ; Letellier, 1994). Cette grande variabilité des estimations peut être expliquée par les nombreuses limites méthodologiques de ces

études. De plus, l'invisibilité de cette population et le faible taux de divulgation de la part des victimes limitent la collecte d'informations sur l'incidence de la violence conjugale (Bordeleau et O'Brien, 2003 ; Klinger et Stein, 1996).

Les raisons pour lesquelles les couples de même sexe rapportent rarement les situations de violence conjugale sont semblables à celles des couples hétérosexuels, mais plusieurs facteurs uniques à la population gaie et lesbienne font obstacle à la divulgation. Tout d'abord, si la victime accepte difficilement son orientation sexuelle et qu'elle tente de la garder secrète face à son entourage, le dévoilement de la violence vécue est presque inconcevable pour elle, étant donné qu'une telle démarche nécessite de faire un *coming out* non seulement à ses proches, mais également à des étrangers. Ensuite, la victime peut craindre de faire face à de la discrimination, puisque les agents de la paix et les professionnels de la santé sont peu formés et sensibilisés à la problématique chez les couples de même sexe ; les préjugés rendent difficile la conception qu'un homme puisse être une victime, et une femme, agresseure. Les victimes et la communauté gaie et lesbienne peuvent également chercher à nier l'existence de la violence chez les couples de même sexe pour éviter de renforcer les stéréotypes négatifs à leur endroit (Merrill, 1998). En plus de fermer les yeux sur cette réalité, la communauté lesbienne offre très peu de soutien à la victime lorsqu'il y a dénonciation de la violence. La personne violente est souvent connue, aimée ou respectée de la communauté, qui est limitée et qui regroupe des individus qui partagent des liens d'amitié avec les deux partenaires du couple (Renzetti, 1992). Cette exclusion de son propre groupe d'appartenance, en plus du rejet vécu dans la société en lien avec son orientation sexuelle, augmente l'isolement et la détresse de la victime. Enfin, les victimes peuvent hésiter à dévoiler la violence vécue en raison de l'insuffisance des sources d'aide et de soutien adaptées aux besoins de leur population (Bordeleau et O'Brien, 2003 ; Peterkin et Risdon, 2003). En résumé, l'hétérosexisme et le manque de validation et de soutien social favorisent l'isolement et augmentent l'interdépendance des partenaires. Cette interdépendance exacerbe la solitude de la victime et confère à la personne violente davantage d'emprise sur la victime, ce qui contribue à maintenir le problème.

A. Aspects uniques de la violence chez les couples de même sexe

La recherche empirique indique que l'abus dans les relations gaies et lesbiennes suit le même cycle de violence que celui rencontré chez les couples hétérosexuels (Island et Letellier, 1991). De plus, il prend souvent la même forme et a habituellement le même niveau de gravité, cache les mêmes motivations et a les mêmes conséquences pour tous les types de relations conjugales (Merrill, 1998). Toutefois, la violence chez les couples de même sexe comprend des aspects uniques qu'il est important de reconnaître.

Premièrement, chez les couples hétérosexuels, le sexe des partenaires permet souvent d'identifier lequel est la victime et lequel est l'agresseur. Or, une telle déduction n'est pas possible auprès des couples de même sexe. Deuxièmement, le lien habituellement

rapporté entre l'inégalité du pouvoir entre les partenaires et la violence conjugale est moins évident chez les couples de même sexe que chez les couples hétérosexuels (West, 2002). Alors que le partenaire violent dans une relation hétérosexuelle est souvent celui qui a le plus de pouvoir (p. ex., physique, économique), les études indiquent que, chez les couples de même sexe, le partenaire ayant le plus de pouvoir peut être autant l'agresseur que la victime (Peterkin et Risdon, 2003). Cependant, on remarque que le partenaire violent est souvent plus âgé et plus ouvert par rapport à son orientation sexuelle que ne l'est la victime (Ristock, 2003). Troisièmement, certaines bases de pouvoir permettant l'exercice de la violence sont spécifiques à la population homosexuelle. Par exemple, le partenaire violent peut s'appuyer sur la marginalisation sociale et l'invisibilité de sa communauté pour maintenir le secret sur l'orientation sexuelle et exacerber ainsi l'isolement. Il peut aussi encourager la honte et l'homophobie intériorisée chez la victime, en l'amenant à croire qu'elle mérite ce qu'elle subit (Peterkin et Risdon, 2003) et que l'environnement social, empreint de préjugés homophobes, ne lui viendra pas en aide. Le partenaire violent peut également minimiser ou nier l'abus en renforçant le mythe selon lequel la violence est un acte exclusivement hétérosexuel. Enfin, il est fréquent que le partenaire violent menace la victime de dévoiler son orientation sexuelle à ses proches, à ses enfants ou à ses collègues.

B. Évaluation et intervention

Les connaissances et les ressources étant limitées dans le domaine, il est possible que l'intervenant soit le premier contact et la seule ressource des gais et lesbiennes vivant de la violence conjugale. Ainsi, il est important que le professionnel ait une bonne connaissance de la problématique de la violence chez les couples de même sexe, afin de permettre l'identification, l'évaluation et un choix approprié de ressources pour les clients. Une évaluation complète est nécessaire (voir le chapitre 9 sur la violence conjugale) puisqu'il est rare que les couples aient comme demande initiale le traitement d'un problème de violence conjugale (Ristock, 2003).

Par ailleurs, les aspects uniques de la violence entre partenaires de même sexe exigent une investigation particulière. D'abord, le professionnel doit déterminer le rôle de chaque partenaire dans la dynamique de violence. Un des indices pouvant aider l'intervenant dans cette tâche (surtout dans le cas où les deux partenaires semblent avoir eu des comportements violents) est la forme et le contenu du discours. Par exemple, dans le cadre d'une rencontre individuelle avec chaque membre du couple, l'intervenant peut demander une description détaillée d'une ou plusieurs situations conflictuelles survenues récemment et les stratégies de résolution de conflits employées par les partenaires. Une analyse du récit de chacun pourrait permettre de déceler une différence majeure entre les deux discours. En effet, alors que les victimes ont tendance à exprimer de la culpabilité et à fournir des informations très spécifiques et précises, les partenaires violents sont plutôt évasifs et vagues, oublient des détails, blâment souvent leur partenaire et minimisent leur propre rôle dans la situation conflictuelle (Merrill, 1998). Cette

tendance traduit bien la dynamique de pouvoir /culpabilité qui se situe au cœur de la problématique de violence conjugale et constitue un outil utile permettant de départager la victime et l'agresseur.

Puisque les individus et les couples gais et lesbiens qui font une demande d'aide peuvent être honteux de la violence vécue, il est généralement plus facile de recueillir les informations nécessaires par l'entremise de questionnaires. L'un des principaux outils d'évaluation de la violence conjugale chez les couples de même sexe est le Questionnaire sur la résolution des conflits avec votre partenaire (Lussier, 1997), version française de la version révisée de la Conflict Tactic Scale (CTS2 ; Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996). Le CTS2 comporte un total de 78 énoncés mesurant les comportements de résolution de conflits et de violence, dont 39 items se rapportant aux gestes de violence émis par le répondant et 39 se rapportant à la violence perpétrée par le partenaire. Il comprend cinq sous-échelles ; la négociation, l'agression psychologique, l'agression physique, la coercition sexuelle et les blessures. Pour adapter cet instrument aux couples de même sexe, particulièrement aux couples lesbiens, l'Équipe de recherche sur la famille et son environnement de l'UQAM a ajouté trois items : « j'ai menacé de divulguer l'orientation sexuelle de ma partenaire à ses collègues de travail, à son entourage, aux enseignants des enfants », « j'ai harcelé ma partenaire au travail en lui téléphonant sans arrêt » et « j'ai empêché ma partenaire de demeurer en contact avec la communauté (lesbienne), je l'ai isolée socialement ». Cette adaptation à la population gaie et lesbienne n'a toutefois pas été validée. Il existe aussi d'autres mesures objectives en anglais : The Lesbian Partner Abuse Scale – Revised (McClennen, Summers et Daley, 2002), Non-physical Abuse of Partner Scale (Garner et Hudson, 1993), Partner Abuse Scale : Physical (Hudson, 1993).

Si, au terme de l'évaluation, une problématique de violence conjugale grave est décelée et qu'elle compromet le bien-être physique et/ou psychologique de la victime, une intervention de couple n'est pas recommandée (Island et Letellier, 1991 ; Renzetti et Miley, 1996). Les partenaires doivent plutôt être référés à des ressources spécialisées pour obtenir des thérapies individuelles, avant de considérer une thérapie de couple. Il est souvent recommandé de combiner une thérapie de groupe, parallèlement à une thérapie individuelle (Renzetti et Miley, 1996). À notre connaissance, le seul service adapté aux besoins spécifiques de cette population au Québec est le Groupe d'intervention en violence conjugale chez les lesbiennes (GIVCL) fondé par Suzie Bordeleau et Karol O'Brien en 1996. Ce service s'adresse principalement aux femmes lesbiennes victimes de violence conjugale, bien que l'intégration d'un volet pour les femmes violentes soit projetée. Il offre actuellement des groupes de soutien structurés aux victimes de violence et privilégie l'intervention de groupe pour aider à briser l'isolement des victimes et pour favoriser des échanges dans un endroit sûr et dépourvu d'homophobie. Le GIVCL a également une fonction de formation, visant à informer et à sensibiliser les intervenants à la réalité des victimes lesbiennes et de leur couple, afin de leur permettre

d'ajuster leurs interventions aux besoins spécifiques de cette population (Bordeleau et O'Brien, 2003). À notre connaissance, il n'existe pas de ressources équivalentes pour les hommes gais aux prises avec la violence conjugale.

4.10. Facteurs de risque individuels associés

Compte tenu du contexte social hostile dans lequel les personnes gaies et lesbiennes évoluent, des données récentes indiquent que celles-ci forment une population à risque au niveau de leur santé physique et psychologique. En effet, plusieurs enquêtes sociales de santé montrent que les individus gais et lesbiens sont proportionnellement plus nombreux que les individus hétérosexuels à présenter des problèmes de santé mentale (p. ex., anxiété, dépression, idées suicidaires) ou des habitudes de vie nocives pour la santé (alcool, drogue, tabac) et à subir de la victimisation (pour un survol des études, voir Julien et Chartrand, 2003). Compte tenu de la plus grande incidence des problèmes de santé chez cette population, il est important d'évaluer, chez le couple de même sexe, si les partenaires manifestent une psychopathologie pouvant avoir un impact sur les objectifs de traitement.

A. Évaluation et intervention

Tout comme avec les couples hétérosexuels, lorsque l'un des partenaires du couple ou les deux présentent un trouble psychologique grave (p. ex., un trouble de stress post-traumatique lié à un abus sexuel, une dépression majeure avec idées suicidaires, une toxicomanie qui semble être un antécédent aux difficultés du couple, qui a un impact négatif sur le fonctionnement conjugal et qui pourrait interférer avec les résultats de la thérapie conjugale, il est généralement suggéré de référer les partenaires en psychothérapie individuelle d'abord, afin de traiter le trouble ou réduire les symptômes, avant de débuter une thérapie de couple (Cabaj et Klinger, 1996). Toutefois, une *analyse fonctionnelle* détaillée du couple et des problèmes individuels des conjoints doit être entreprise avant de décider si une référence en thérapie individuelle est indiquée. En effet, plusieurs facteurs, tels que le niveau de gravité du trouble psychologique et la chronologie du trouble avec les problèmes conjugaux, doivent être considérés. De plus, cette décision relève souvent de l'évaluation et du jugement du clinicien selon chaque couple qu'il rencontre. Pour plus de détails sur la thérapie conjugale auprès de couples souffrant également d'un trouble psychologique, voir le livre de Snyder et Whisman, *Treating Difficult Couples* (2003), ou le chapitre 1.

4.11. Parentalité

Depuis quelques années, les nombreux changements légaux, sociaux et technologiques ont favorisé l'émergence de familles homoparentales. Au Canada, selon le dernier recensement, près de 3 000 couples de même sexe vivent avec un enfant de 18 ans ou moins (Statistique Canada, 2001). Ce nombre est peut-être sous-estimé, puisque plusieurs

parents gais et lesbiens hésitent à divulguer leur orientation sexuelle, par peur des conséquences néfastes pouvant en découler (p. ex., la perte de la garde de leurs enfants, les droits de visite limités, la victimisation de leurs enfants à l'école, la discrimination au travail). La famille homoparentale peut prendre diverses formes : *a)* la recomposition familiale avec un partenaire du même sexe après la dissolution d'une union hétérosexuelle ; *b)* l'adoption par un individu ou un couple de même sexe ; *c)* le recours aux donneurs de sperme (banque de sperme ou donneur connu) ; *d)* un système de coparentalité dans un contexte familial pluriparental (p. ex., une mère lesbienne et un père gai, deux mères lesbiennes et deux pères gais). Chacune de ces méthodes établit un certain type de structure familiale qui, à son tour, détermine les liens de filiation biologique, légal et social entre les parents et l'enfant.

A. Facteurs uniques aux familles homoparentales

Les couples gais et lesbiens choisissent d'être parents pour les mêmes raisons que les couples hétérosexuels et font face à plusieurs des mêmes aspects liés à la parentalité. Cependant, ces familles possèdent une structure unique et elles sont confrontées à de nombreux stresseurs qui leur sont propres, dont l'hétérosexisme et le phénomène du *coming out*.

Bien que le droit civil québécois accorde aux couples de même sexe les mêmes droits parentaux qu'aux couples hétérosexuels, plusieurs préjugés concernant l'incompatibilité des concepts d'homosexualité et de parentalité tendent à persister dans la société. D'une part, les compétences parentales des couples de même sexe sont mises en doute. D'autre part, la société éprouve des appréhensions par rapport au développement des enfants grandissant dans une famille homoparentale. Or, l'examen de l'ensemble des recherches disponibles sur les compétences parentales et le développement des enfants de parents gais et lesbiens révèle que ces préjugés sont sans fondement empirique (pour une étude documentaire, voir Julien, 2003, et Patterson, 2000). Malgré l'absence de validation empirique, les préjugés sociaux sont souvent intériorisés par les couples de même sexe. En conséquence, ceux-ci peuvent être amenés à se questionner sur l'aspect moral et éthique d'avoir un enfant et à douter de leur droit à être parent. De cette manière, l'homophobie contribue à augmenter le niveau de stress vécu par les familles homoparentales, qui s'ajoute aux pressions quotidiennes de la réalité parentale (Baum, 1996 ; McWhirter et Mattison, 1984). Une autre particularité des couples de même sexe concerne le *coming out*. Un couple faisant les démarches pour avoir un enfant est souvent contraint de s'identifier ouvertement comme gai ou lesbien. Ceux qui sont parents doivent fréquemment divulguer leur orientation sexuelle et expliquer leur structure familiale, tant à des individus impliqués dans la vie de l'enfant (p. ex., à la garderie, à l'école) qu'à des étrangers qui demandent qui est le parent (p. ex., à l'hôpital, chez le dentiste) (Johnson et O'Connor, 2001).

Bien que la satisfaction conjugale des couples de même sexe semble préservée lors de l'arrivée d'un enfant (Koepke, Hare et Moran, 1992), ces couples sont sujets à vivre certains défis inexistants chez les couples hétérosexuels. En ce qui a trait aux partenaires qui n'ont pas le même statut biologique et/ou légal, la définition des rôles de chacun peut être problématique et créer des conflits. De plus, le parent n'ayant pas de statut biologique et/ou légal peut ressentir de la jalousie et un sentiment de compétition envers son partenaire, par rapport à la reconnaissance légale, de même qu'au lien d'attachement et de proximité avec l'enfant (Gartrell *et al*., 1999). Dans le même sens, les couples gais et lesbiens qui s'allient afin de créer une famille pluriparentale peuvent vivre des conflits en lien avec certaines décisions parentales. Aussi, les familles recomposées avec un partenaire du même sexe après la dissolution d'une union hétérosexuelle peuvent vivre des tensions uniques liées à leur nouvelle structure familiale, qui exige une certaine adaptation de l'enfant à l'homosexualité de l'un de ses parents en plus de l'intégration d'un nouveau partenaire de même sexe auprès de l'enfant. Enfin, étant donné l'absence de lien légal, dans certains cas, entre le parent non biologique et l'enfant, la séparation au sein des familles homoparentales constitue un nouveau défi pour les intervenants. Or, le caractère récent du phénomène empêche une élaboration plus détaillée des enjeux liés aux ruptures conjugales chez ces familles.

B. Évaluation et intervention

L'évaluation des gais et lesbiennes ayant comme motif de consultation une problématique liée à leur structure familiale existante ou en transition doit inclure des questions spécifiques sur le niveau d'homophobie intériorisée, les options considérées, les obstacles perçus ou déjà rencontrés (Peterkin et Risdon, 2003). Elle doit également aborder les rôles de chaque partenaire auprès de l'enfant et identifier les sources de soutien disponibles dans son milieu (sans présupposer qu'il s'agisse de la famille d'origine). Il peut aussi être pertinent de questionner les partenaires sur leur état civil et sur les démarches légales prévues ou effectuées, afin de faciliter le processus vers la parentalité ou d'assurer un lien de filiation légal pour le parent non biologique, et d'investiguer les sources de conflits potentiels (Bernstein, 1993).

Étant donné la grande diversité des motifs de consultation, il nous est impossible, à l'intérieur de ce chapitre, de décrire de façon exhaustive les différentes interventions à effectuer auprès de parents vivant des difficultés conjugales liées à leur situation familiale. Les stratégies de résolution de problèmes, l'entraînement aux habiletés de communication et parentales et l'identification de sources de soutien dans le milieu naturel des couples sont des interventions pertinentes et souvent suffisantes pour ce type de demande. Par ailleurs, le thérapeute peut être appelé à intervenir, à titre préventif, au niveau des préoccupations uniques des parents de même sexe concernant leur rôle dans la protection de leur enfant contre la stigmatisation et les préjugés dont il peut être victime. Il peut d'abord informer les parents de l'importance d'agir en tant que modèles pour leur enfant et d'adopter une attitude positive par rapport à leur

orientation sexuelle, dans le but de favoriser l'acceptation de la part de l'enfant quant à sa réalité familiale marginale. Ensuite, il est suggéré aux parents d'être à l'écoute du vécu de leur enfant et de les encourager à intervenir en validant et en normalisant les émotions de celui-ci. Le thérapeute peut également leur proposer d'aborder la question de l'homosexualité avec leur enfant en faisant référence à une forme de différence, et définir l'homophobie comme étant une réaction négative témoignant d'un malaise face à cette différence (Johnson et O'Connor, 2001). Dans le même sens, l'intervenant peut souligner aux parents l'importance que leur enfant apprenne, comme eux-mêmes l'ont fait, à discriminer les contextes dans lesquels il peut se permettre d'afficher sa différence et les contextes où il est préférable de ne pas la divulguer, afin de se protéger des effets négatifs de la discrimination.

L'attitude professionnelle est encore une fois cruciale dans ce type d'intervention. L'intervenant doit être défait de tout préjugé et adopter une attitude qui valide l'existence d'une multitude de structures familiales. Il ne doit pas supposer que les problèmes présentés par les parents de même sexe sont nécessairement un résultat du statut non traditionnel de la famille. Son rôle consiste à être bien informé des différences qui distinguent les parents de même sexe des parents hétérosexuels et à connaître les principales ressources disponibles dans le milieu communautaire (p. ex., l'Association des mères lesbiennes du Québec, <www.aml-lma.org> ; l'Association des pères gais de Montréal, <peresgais.iquebec.com>).

4.12. Couples de même sexe et minorité ethnique

En plus d'être stigmatisés par leur statut de minorité sexuelle, les individus gais et lesbiens d'origine ethnique doivent composer avec les normes et les valeurs de leur culture d'origine face à l'homosexualité. La tolérance envers l'homosexualité varie considérablement d'une culture à l'autre. L'appartenance à une culture d'origine qui condamne l'homosexualité constitue une source de stress additionnelle avec laquelle la personne gaie ou lesbienne doit composer. Dans un tel contexte, l'anxiété liée au dévoilement de l'orientation sexuelle se trouve exacerbée puisqu'il risque d'entraîner une rupture des liens familiaux et l'isolement de l'individu gai ou lesbien de sa communauté d'appartenance. De plus, le racisme présent dans la société d'accueil et à l'intérieur même de la communauté gaie et lesbienne place l'individu d'origine ethnique minoritaire à risque d'un double isolement. Le statut de double minorité de l'individu gai ou lesbien d'origine ethnique est donc susceptible d'avoir un impact négatif sur l'intégration de son identité, son ajustement psychologique et social (Chan, 1995 ; Greene, 1994). Au niveau conjugal, l'appartenance d'un ou des partenaires à une minorité ethnique risque d'exacerber les difficultés propres au couple de même sexe décrites précédemment, notamment celles liées à l'homophobie intériorisée et au *coming out*.

A. Évaluation et intervention

Lorsqu'il est en présence d'un couple de même sexe dont l'un des partenaires ou les deux appartiennent à une minorité ethnique, le thérapeute doit être sensible à la complexité de la double minorité. Dans son évaluation, il importe de prendre en compte et de mettre en question les aspects suivants : les normes culturelles à propos des sexes, les croyances religieuses et la tolérance envers l'homosexualité de la communauté d'origine du ou des partenaires, le degré d'acculturation individuelle et familiale, l'histoire personnelle et culturelle de la discrimination et de l'oppression vécues par le ou les partenaires (American Psychological Association, 2000). Compte tenu de la complexité et de la diversité des problématiques engendrées par l'interaction *minorité sexuelle* et *minorité ethnique*, les interventions liées à ces aspects particuliers ne seront pas abordées dans ce chapitre. Le lecteur concerné pourrait bénéficier des informations fournies sur le site du groupe de travail de l'APA sur les minorités ethniques, <www.apa.org/divisions/div45>.

5. EXEMPLE DE CAS CLINIQUE

Joane, 39 ans, et Marie, 48 ans, forment un couple depuis près de 3 ans[6]. Elles se sont rencontrées par l'entremise d'une amie. Marie avait déjà eu plusieurs relations stables avec d'autres femmes avant sa relation avec Joane, ce qui n'était pas le cas de sa partenaire. Bien qu'elle se définissait comme étant lesbienne depuis plusieurs années, Joane n'avait vécu que quelques relations passagères avec des femmes. Un an après le début de leurs fréquentations, Joane a emménagé chez Marie, propriétaire d'une maison dans une petite ville à l'extérieur de Montréal. Pour Joane, ce déménagement impliquait un éloignement considérable par rapport à son lieu de travail ; elle devait faire plus de deux heures de route par jour pour se rendre à son travail et en revenir. Il y a un an, Joane s'est trouvé un nouvel emploi dans la ville où elle habite, à proximité de son quartier de résidence. Cette situation, bien qu'utile en terme de voyagement, expose Joane à un niveau élevé de stress. N'ayant pas divulgué son orientation sexuelle à son employeur et à ses nouveaux collègues, qu'elle qualifie de « conventionnels », elle craint d'être vue avec Marie. Advenant un tel cas, Joane craint d'être jugée et rejetée par ses collègues et anticipe même de perdre son emploi. Cette crainte l'amène à modifier son comportement non seulement à son lieu de travail, mais également dans l'ensemble de ses contextes de vie. En effet, elle préfère marcher ou prendre l'autobus plutôt que de demander à Marie de la déposer en face de son lieu de travail. Aussi, elle évite de sortir avec Marie, ne serait-ce que pour faire l'épicerie ou prendre une marche, de peur qu'un

6. Le choix d'un couple de femmes plutôt que d'un couple d'hommes est ici arbitraire. Tous les types de couples, de motifs de consultation et d'interventions n'ont pu être abordés en raison de l'espace accordé à ce chapitre.

voisin la remarque. Joane craint même d'être vue avec Marie lorsqu'elle se trouve à l'intérieur de la maison, ce qui la pousse à toujours fermer les rideaux avant d'exprimer (ou d'en recevoir) des marques d'affection à sa partenaire.

Marie vit difficilement les contraintes imposées par Joane. Elle se sent rejetée par l'attitude de sa partenaire, qui cherche constamment à se cacher du regard des autres, même dans la maison. Elle s'interroge aussi sur la sincérité des sentiments de Joane envers elle. Souvent, ses émotions se traduisent par de la frustration et de la colère, ce qui produit une tension dans le couple. Cet écart dans la façon d'agir, de penser et d'interagir des deux conjointes crée une insatisfaction de part et d'autre, les amenant à consulter un intervenant conjugal.

Marie et Joane se rendent à leur premier rendez-vous. Lorsque le thérapeute leur indique de s'asseoir sur le fauteuil double, Marie s'installe tout juste à côté de Joane qui, elle, s'éloigne discrètement. Marie jette un regard furieux à Joane, qui émet alors un petit rire nerveux. Le thérapeute débute la rencontre en leur expliquant le fonctionnement de la psychothérapie : « Aujourd'hui, nous allons discuter principalement de ce qui vous amène à consulter, de votre situation de couple et de vos problèmes conjugaux. Il peut être normal que vous ressentiez de la nervosité. Celle-ci devrait se dissiper graduellement au cours des rencontres. Généralement, la thérapie débute avec quatre rencontres d'évaluation, dont les deux premières séances avec vous deux, et la troisième ainsi que la quatrième avec chacune de vous, séparément. Vous aurez aussi à remplir quelques questionnaires afin de compléter l'évaluation de vos difficultés. À la cinquième séance, qui se fera en couple, je vous ferai part de ma compréhension clinique de vos difficultés et vous proposerai des objectifs et un plan d'intervention. Après nous être entendus sur les objectifs de la démarche, nous commencerons les interventions. Pour débuter, j'aimerais savoir ce qui vous amène à consulter en thérapie conjugale actuellement. » Le couple mentionne avoir besoin d'aide afin de résoudre ses différends en ce qui a trait au dévoilement de son orientation homosexuelle à son entourage. Marie et Joane expriment ensuite à tour de rôle leur perception de la problématique et le thérapeute pose des questions à chacune afin de préciser de quelle façon se manifestent leurs problèmes conjugaux. À la fin de cette séance, le thérapeute demande à chacune des partenaires de remplir des questionnaires à la maison, soit le Questionnaire sur la résolution des conflits avec votre partenaire, le Test d'ajustement marital, l'Échelle d'acceptation à l'égard de son orientation sexuelle, l'Échelle d'homophobie intériorisée, l'Échelle de craintes liées à la divulgation et à l'affirmation de son orientation sexuelle, et le questionnaire Votre orientation sexuelle et votre entourage.

La deuxième séance est consacrée principalement à l'évaluation de l'histoire du couple et des projets conjugaux ainsi qu'à l'examen des patrons de communication et de la sphère sexuelle. Dans un premier temps, le thérapeute récupère et vérifie les questionnaires remplis par chacune des partenaires. Les patrons de communication du couple sont évalués sur la base de leurs réponses à certains items du Questionnaire sur

la résolution des conflits avec votre partenaire, en les interrogeant sur leur façon d'agir et de réagir lorsqu'elles discutent ensemble d'un problème ainsi qu'en observant leurs interactions au cours des séances. Par exemple, le thérapeute note que les clientes ont tendance à « parler en même temps » lors de l'entrevue et que leur niveau d'écoute est faible. La satisfaction sexuelle des partenaires est examinée en se basant sur leurs réponses à certains items du Test d'ajustement marital et en les interrogeant sur leur niveau de satisfaction par rapport à leurs contacts sexuels.

Deux autres séances individuelles sont ensuite entreprises, avec chacune des partenaires. Ces rencontres visent à évaluer les facteurs personnels propres aux partenaires, soit leur histoire de vie, leur développement identitaire (incluant l'homophobie intériorisée et le *coming out*) et leur réseau social. Le développement identitaire est évalué, entre autres, à l'aide de leurs réponses aux questionnaires suivants : l'Échelle d'acceptation à l'égard de son orientation sexuelle, l'Échelle d'homophobie intériorisée, l'Échelle de craintes liées à la divulgation et à l'affirmation de son orientation sexuelle et Votre orientation sexuelle et votre entourage. À travers cette évaluation, Joane révèle au thérapeute avoir divulgué son orientation sexuelle à sa famille et à ses amies proches, mais dit éviter de se dévoiler au reste de son entourage par crainte de réactions négatives. Elle explique son hésitation par l'attitude traumatisante adoptée par ses parents, surtout son père, au moment où elle leur a dévoilé son orientation sexuelle. En effet, lors de son *coming out*, son père a réagi violemment et l'a mise à la porte. À la suite de ces événements, sa mère aurait vécu une dépression. Le contact avec ses parents a été coupé pendant quelques années. Présentement, Joane voit ses parents à l'occasion, lors d'événements spéciaux (p. ex., lors d'anniversaires, pour les fêtes de Noël). Elle ne leur parle jamais de son orientation sexuelle et de sa vie de couple. Aussi, elle évite de leur rendre visite avec Marie, ce qui crée des conflits dans le couple. La cliente dit toutefois obtenir un soutien « satisfaisant » de la part de ses quelques amies lesbiennes, à qui elle se confie parfois. Cependant, depuis son déménagement, la fréquence des contacts avec celles-ci a diminué considérablement. La rencontre individuelle est également l'occasion d'évaluer la présence de troubles psychologiques pouvant influencer la qualité de la relation conjugale (p. ex., anxiété, dépression). Le thérapeute rencontre ensuite Marie et lui pose sensiblement les mêmes questions. Contrairement à Joane, Marie déclare se sentir tout à fait à l'aise avec son orientation sexuelle. Elle l'aurait divulguée à l'ensemble de son entourage, qui aurait réagi positivement et lui offrirait beaucoup de soutien.

À la cinquième séance, lors du bilan de l'évaluation, basé sur les entrevues et les données obtenues par l'entremise des questionnaires, le thérapeute débute en expliquant au couple sa compréhension clinique de leurs difficultés. Il leur rapporte, entre autres, que les scores obtenus au Test d'ajustement marital montrent qu'elles sont toutes les deux insatisfaites de leur relation conjugale. En outre, leurs résultats à ce questionnaire confirment que leurs principaux sujets de désaccords conjugaux sont les marques d'affection échangées ainsi que leurs loisirs. Au Questionnaire sur la résolution des conflits avec votre partenaire, le thérapeute explique que Marie a obtenu un score faible en ce

qui concerne ses comportements de négociation avec Joane et un score moyen pour ses comportements d'agression psychologique, tandis que Joane a obtenu un score élevé en ce qui concerne ses comportements de négociation et un score faible pour l'agression psychologique. Aucun comportement de violence physique et sexuelle n'a été noté. L'intervenant explique également que Joane semble présenter un certain inconfort face à son orientation sexuelle, tel que le confirment ses résultats (niveau moyen) à l'Échelle d'homophobie intériorisée, à l'Échelle d'acceptation à l'égard de son orientation sexuelle et à l'Échelle de craintes liées à la divulgation et à l'affirmation de son orientation sexuelle. Son inconfort se manifeste, entre autres, par son humeur dépressive et par le fait qu'elle est réticente à parler de son homosexualité, ce qui l'amène à s'isoler socialement. Au contraire, Marie ne semble pas présenter d'homophobie intériorisée et dévoile facilement son orientation sexuelle à son entourage, ce qui crée une asymétrie entre les partenaires quant à leur niveau de confort face à leur orientation sexuelle.

Ensuite, l'intervenant propose plusieurs cibles thérapeutiques : diminuer l'homophobie intériorisée de Joane (par la restructuration cognitive, des lectures, etc.) ; réduire l'asymétrie des partenaires en ce qui a trait à leur degré d'ouverture à leur entourage (en favorisant une saine communication, par de la psychoéducation, des jeux de rôles et la résolution de problèmes) ; élargir le réseau de soutien de Joane afin de réduire son isolement (en lui suggérant de reprendre contact avec ses amies et de participer aux activités d'une association pour femmes lesbiennes) ; enfin, augmenter leurs comportements de soutien positif entre elles (par l'apprentissage et la pratique d'habiletés de communication ainsi qu'au moyen de discussions sur les causes de leurs attitudes afin de favoriser la compréhension et l'empathie des partenaires l'une envers l'autre). Les partenaires se montrent d'accord avec ces objectifs et ces interventions.

Les premières rencontres d'intervention, soit la cinquième et la sixième séances, sont consacrées à la psychoéducation, où le thérapeute explique l'impact que peuvent avoir l'hétérosexisme et l'homophobie sociale sur leurs difficultés de couple. Entre autres, il explique comment l'expérience de rejet qu'a vécue Joane avec sa famille d'origine peut avoir contribué à maintenir ses craintes et son malaise face à la divulgation de son orientation sexuelle, et comment cette attitude actuelle influe à son tour sur leur vie conjugale. Lors des sixième et septième séances, l'intervenant aide le couple à décrire ses croyances face à l'homosexualité et aux relations conjugales. La restructuration cognitive est utilisée à cette étape pour remettre en question les croyances erronées respectives des partenaires : remettre en question la croyance de Marie selon laquelle il est anormal que sa conjointe ne veuille pas divulguer son orientation sexuelle dans son milieu de travail et que le comportement de Joane face à son entourage témoigne de son manque de sincérité et d'amour à son égard ; modifier la croyance de Joane selon laquelle la divulgation de son orientation sexuelle entraîne nécessairement le rejet d'autrui. Par cet exercice, le thérapeute cherche également à faire prendre conscience, à chacune des partenaires, des croyances de l'autre, afin d'augmenter la compréhension mutuelle et de favoriser l'empathie. Le thérapeute demande entre autres à Marie : « Si

vous étiez à la place de Joane, et donc si vous aviez vécu des réactions négatives de votre entourage face à votre orientation sexuelle et si vous travailliez dans un milieu conventionnel, est-ce qu'il serait aussi facile pour vous de vous dévoiler et comment vous y prendriez-vous ? Quelles sont les preuves versus les contre-preuves à votre croyance que le non-dévoilement de Joane signifie qu'elle ne vous aime pas assez ? Y a-t-il d'autres raisons qui expliquent l'attitude de Joane face au dévoilement ? », etc. Par ailleurs, il demande à Joane : « Quelle est la pire chose qui puisse arriver si vos collègues apprenaient que vous êtes amoureuse d'une autre femme ? Est-il déjà arrivé que des personnes réagissent positivement à la suite de votre *coming out* ? », etc.

À partir de la huitième séance jusqu'à la douzième séance, l'intervenant présente aux partenaires les stratégies de communication afin, entre autres, de les préparer à la résolution de leurs différends. Le rôle du thérapeute est alors de commenter les comportements verbaux et non verbaux des conjointes. Les techniques d'affirmation de soi, appliquées au contexte du dévoilement de son orientation sexuelle, sont aussi présentées et pratiquées avec le thérapeute à l'aide de jeux de rôle (p. ex., répondre aux réactions négatives d'autrui, défendre ses droits, etc.).

De la treizième à la quinzième séance, la technique de résolution de problèmes est appliquée à la situation conflictuelle générée par l'asymétrie des partenaires au niveau du dévoilement de leur orientation sexuelle. À l'aide de cette stratégie, le couple parvient à établir le compromis suivant : Marie ira désormais reconduire et chercher Joane en voiture à son milieu de travail, mais Joane ne dévoilera pas d'emblée son orientation sexuelle, à moins d'être questionnée directement par ses collègues. De plus, Joane est d'accord pour ouvrir les rideaux de la maison, mais elle ne se sent pas prête à manifester des gestes d'affection à l'extérieur de la maison. Marie accepte cette situation et se dit prête à respecter le rythme de Joane.

Un dernier point travaillé dans le cadre de la thérapie, au cours de la seizième rencontre, est l'amélioration du réseau social de Joane, en impliquant Marie. Dans un premier temps, le thérapeute encourage Joane à reprendre contact avec ses amies et lui suggère de prévoir avec elles des activités régulières afin de maintenir le lien. Ensuite, il suggère aux partenaires de participer ensemble à des activités communautaires d'entraide pour les femmes lesbiennes (par exemple, des dîners conférences et des discussions thématiques).

Lors du bilan de la thérapie, à la dix-septième et dernière séance, Marie et Joane notent plusieurs améliorations, entre autres en ce qui a trait à la qualité de leur communication et à leur soutien mutuel. Elles déclarent discuter ensemble plus calmement et avoir moins de conflits concernant la divulgation de leur orientation sexuelle. De plus, Joane déclare s'affirmer davantage auprès de Marie et de son entourage et se dit un peu plus à l'aise de sortir en public avec Marie. Le thérapeute renforce le couple et les encourage à poursuivre l'application des stratégies apprises (stratégies de communication, d'affirmation et de résolution de problèmes).

CONCLUSION

Les couples de même sexe semblent éprouver les mêmes types de difficultés que les couples hétérosexuels. Le thérapeute ne doit donc pas évaluer ces clients seulement sur la base de leur orientation sexuelle. De plus, il est essentiel de se rappeler que ce n'est pas parce qu'un couple est formé de deux personnes de même sexe que celles-ci vivent des problèmes qu'elles ne peuvent gérer sans l'aide de professionnels. En effet, la majorité des personnes gaies et lesbiennes vivraient une relation conjugale satisfaisante et ne consulteraient pas pour cette raison (Green et Mitchell, 2002).

Toutefois, les stresseurs psychosociaux uniques auxquels ces couples doivent faire face (p. ex., l'homophobie, la marginalisation) peuvent avoir un impact négatif sur les manifestations et l'intensité de leurs problèmes conjugaux ainsi que sur le développement de leur identité et de leurs relations interpersonnelles. C'est pourquoi les intervenants travaillant auprès des couples de même sexe doivent être bien informés de la réalité de ces couples. Par exemple, un des aspects importants à aborder dans la psychothérapie auprès des couples de même sexe et se différenciant de la thérapie auprès des couples hétérosexuels est le problème d'homophobie intériorisée dont peuvent souffrir les partenaires gais ou lesbiens.

Plusieurs problématiques n'ont pu être abordées dans ce chapitre (p. ex., les couples dont un ou les deux partenaires sont bisexuels ou transsexuels) ou n'ont été abordés que très brièvement (p. ex., les couples gais et la problématique du VIH ; les problèmes uniques aux couples de même sexe d'origine ethnique différente). Il est donc important de ne pas généraliser les informations fournies dans ce chapitre à tous les couples de même sexe. Par ailleurs, très peu de recherches existent sur ces types de couple. De plus, il importe de noter que ces études comportent certaines limites méthodologiques. En fait, l'étude de la population gaie et lesbienne rend difficile le recrutement d'un échantillon qui soit représentatif de la population (Johnson et O'Connor, 2001). Les individus qui acceptent de participer à ces études sont majoritairement blancs, jeunes, de classe moyenne-élevée, éduqués, vivant dans un milieu urbain, ouverts face à leur orientation sexuelle, et la majorité des couples sont satisfaits de leur relation (Chartrand et Julien, 1996 ; Parks, 1998). Par ailleurs, peu d'études cliniques ont été entreprises, encore moins francophones, sur l'efficacité des psychothérapies conjugales auprès des couples de même sexe. Les interventions mentionnées dans ce texte sont basées majoritairement sur les théories et les expériences cliniques de chercheurs et cliniciens américains. Des recherches empiriques francophones et québécoises, avec des échantillons plus larges et moins homogènes, seront nécessaires pour mieux comprendre la réalité des couples de même sexe dans notre contexte socioculturel et enrichir les données sur l'efficacité des psychothérapies conjugales auprès de cette clientèle.

Enfin, malgré une amélioration des droits des individus et des couples gais et lesbiens, et malgré les modifications des positions et des pratiques des professionnels de la santé mentale envers ce groupe minoritaire, il reste beaucoup de travail à faire

pour maintenir ces conditions et améliorer la qualité des services psychologiques qui lui sont offerts. Un des moyens d'améliorer et d'augmenter les services adaptés à cette clientèle est de former davantage d'étudiants et de professionnels, en travail social et en psychologie par exemple, à l'intervention et à la psychothérapie individuelle et de couple auprès des personnes gaies et lesbiennes. En effet, il existe peu de cours universitaires, de formations et d'écrits scientifiques à ce sujet au Québec, ce qui entraîne une méconnaissance et un manque de compétence des professionnels pour intervenir auprès de cette clientèle. Ce manque de connaissance a pour conséquence de brimer le droit des individus d'orientation homosexuelle à obtenir des services individualisés et adaptés à leur réalité et à leurs besoins. Nous espérons que ce chapitre encouragera les étudiants et les professionnels de la santé à développer leurs compétences pour intervenir adéquatement auprès des personnes et des couples gais et lesbiens.

RÉFÉRENCES

Alexander, R.A. (1986). *The Relationship between Internalized Homophobia and Depression and Low Self-esteem in Gay Men*, unpublished doctoral dissertation, Santa Barbara, University of California.

Allen, D.J. et Oleson, T. (1999). « Shame and internalized homophobia in gay men », *Journal of Homosexuality, 37*, p. 33-43.

American Psychological Association (1992). « Ethical principles and code of conduct », *American Psychologist, 48*, p. 1597-1611, <www.apa.org/ethics/code2002.html>, consulté le 21 janvier 2005.

American Psychological Association (2000). *Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients*, Washington, American Psychological Association.

Arellano, C.M. (1993). *The Role of Gender in Handling Negative Affect in Same-sex Couples,* unpublished doctoral dissertation, Denver, University of Denver.

Assemblée nationale du Québec (1975). *Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c.* C-12*),* Publications du Québec, <www.cdpdj.qc.ca/htmfr/htm/4_4.htm>, consulté le 21 janvier 2005.

Bailey, G.R. Jr. (1996). « Treatment of domestic violence in gay and lesbian relationships », *Journal of Psychological Practice, 2*, p. 1-8.

Bailey, J.M. et Zucker, K.J. (1995). « Childhood sex-typed behavior and sexual orientation : A conceptual analysis and quantitative review », *Developmental Psychology, 31*, p. 43-55.

Baucom, D.H. (1976). « Independant masculinity and feminity scales on the California Psychological Inventory », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40*, p. 876.

Baum, M.I. (1996). « Gays and lesbians choosing to be parents », dans C.J. Alexander (dir.), *Gay and Lesbian Mental Health : A Sourcebook for Practitioners,* New York, Harrington Park Press/ Haworth Press, p. 115-126.

Bepko, C. et Johnson, T. (2000). « Gay and lesbian couples in therapy : Perspectives for the contemporary family therapist », *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, p. 409-419.

Berger, R.M. (1990). « Passing : Impact on the quality of same-sex couple relationships », *Social Work, 35*, p. 328-332.

Bernstein, A.C. (2000). « Straight therapists working with lesbians and gays in family therapy, *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, p. 443-454.

Bernstein, G.S. (1993). « Assessment and goal selection with lesbian and gay clients », *The Behavior Therapist, 24,* p. 37-40.

Biaggio, M., Coan, S. et Adams, W. (2002). « Couples therapy for lesbians : Understanding merger and the impact of homophobia », *Journal of Lesbian Studies, 6*, p. 129-138.

Bigner, J.J. (2000). « Gay and lesbian families », dans W.C. Nichols et M.A.P. Nichols (dir.), *Handbook of Family Development and Intervention,* New York, Wiley, p. 279-298.

Blais, K., Collin-Vézina, D., Marcellin, K. et Picard, A. (2004). « Réalité actuelle des couples homosexuels : implications cliniques en contexte de thérapie conjugale », *Psychologie canadienne, 45*, p. 174-186.

Blumstein, P. et Schwartz, P. (1983). *American Couples,* New York, William Morrow.

Bordeleau, S. et O'Brien, K. (2003). « La violence conjugale chez les lesbiennes : l'expérience d'un groupe communautaire québécois », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, *22*(2), p. 123-134.

Bradford, J. et Ryan, C. (1988). *The National Lesbian Health Care Survey*, Washington, National Lesbian and Gay Health Foundation.

Browning, C., Reynolds, A.L. et Dworkin, S.H. (1991). « Affirmative psychotherapy for lesbian women », *The Counselling Psychologist, 19*, p. 177-196.

Burgoyne, R.W. (2001). « Relationship Assessment Measure for Same-Sex Couples (RAM-SSC) : A standardized instrument for evaluating gay couple functioning », *Journal of Sex and Marital Therapy, 27,* p. 279-287.

Cabaj, R.P. (1991). « Overidentification with a patient », dans C. Silverstein (dir.), *Gays, Lesbians and Their Therapists : Studies in Psychotherapy,* New York, Norton, p. 31-39.

Cabaj, R.P. et Klinger, R.L. (1996). « Psychotherapeutic interventions with lesbian and gay couples », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health,* Washington, American Psychiatric Press, p. 485-502.

Caldwell, M.A. et Peplau, L.A. (1984). « The balance of power in lesbian relationships », *Sex Roles, 10*, p. 587-599.

Campbell, K.M. (2000). « Relationship characteristics, social support, masculine ideologies and psychological functioning of gay men in couples », *Dissertation Abstracts International, 61*, p. 523.

Cass, V. (1979). « Homosexuality identify formation : A theoretical model », *Journal of Homosexuality, 4,* p. 219-236.

Chan, C.S. (1995). « Issues of sexual identity in an ethnic minority : The case of Chinese American lesbians, gay men, and bisexual people », dans A.R. D'Augelli et C.J. Patterson (dir.), *Lesbian, Gay, and Bisexual Identities over the Lifespan : Psychological Perspectives,* Londres, Oxford University Press, p. 87-101.

Chartrand, E. (1995). *Réseau social et ajustement conjugal chez les couples hétérosexuels, gais et lesbiens : une analyse dyadique*, mémoire de maîtrise non publié, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Chartrand, E. et Julien, D. (1996). « Intégration du couple gai et lesbien dans son réseau social et ajustement conjugal », *Science et comportement, 25*, p. 39-54.

Cowan, C.P. et Cowan, P.A. (1990). « Who Does What ? », dans J. Touliatos, B. Perlnutter et M. Straus (dir.), *Handbook of Family Measurement Techniques,* Newbury Park, CA, Sage.

Cross, S.E. et Madson, L. (1997). « Models of the self : Self-construals and gender », *Psychological Bulletin, 122*, p.5-37.

D'Augelli, A.R. (1991). « Gay men in college : Identity processes and adaptations », *Journal of College Student Development, 68,* p. 36-40.

D'Augelli, A.R. (2002). « Mental health problems among lesbian, gay, and bisexual youths ages 14 to 21 », *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7,* p. 433-456.

Diamond, L.M. (1998). « Development of sexual orientation among adolescent and young women », *Developmental Psychology, 34,* p. 1085-1095.

DiPlacido, J. (1998). « Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals : A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatisation », dans G. Herek (dir.), *Stigma and Sexual Orientation,* Thousand Oaks, CA, Sage, p. 138-159.

Dubé, E.M. (2000). « The role of sexual behavior in the identification process of gay and bisexual males », *The Journal of Sex Research, 37,* p. 123-132.

Dworkin, S.H. (2000). « Applying counselling theories to lesbian, gay, and bisexual clients : Pitfalls and possibilities », dans R.M. Perez, K.A. Debord et K.J. Bieschke (dir.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients,* Washington, American Psychology Association, p. 157-181.

Evosevich, J.M. et Avriette, M. (2000). *The Gay and Lesbian Psychotherapy Treatment Planner*, New York, Wiley.

Falco, K.L. (1991). *Psychotherapy with Lesbian Clients,* New York, Brunner/Mazel.

Falco, K.L. (1996). « Psychotherapy with women who love women », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health,* Washington, American Psychiatric Press, p. 397-412.

Garner, J.W. et Hudson, W.W. (1993). « Non-physical Abuse of Partner Scale », dans W.W. Hudson (dir.), *WALMYR Assessment Scales Scoring Manual,* Tallahassee, WALMYR, p. 35-64.

Garnets, L.D. et Kimmel, D.C. (2003). *Psychological Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Experiences* (2e éd.), New York, Columbia University Press.

Gartrell, N., Banks, A., Hamilton, J., Reed, N., Bishop, H. et Rodas, C. (1999). « The National Lesbian Family Study : 2. Interviews with mothers of toddlers », *American Journal of Orthopsychiatry, 69*, p. 362-369.

Green, R.J., Bettinger, M. et Zacks, E. (1996). « Are lesbian couples fused and gay male couples disengaged ? », dans J. Laird et R.J. Green (dir.), *Lesbians and Gays in Couples and Families : A Handbook for Therapists,* San Fransisco, Jossey-Bass, p. 185-230.

Green, R.J., Mitchell, V. (2002). « Gay and lesbian couples in therapy : Homophobia, relational ambiguity, and social support », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd.), New York, Guilford, p. 546-568.

Greene, B. (1994). « Ethnic-minority lesbians and gay men : Mental health and treatment issues », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, p. 243-251.

Haas, S.M. (2003). « Relationship maintenance in same-sex couples », dans D.J. Canary et M. Dainton (dir.), *Maintaining Relationships through Communication : Relational, Contextual, and Cultural Variations,* Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, p. 209-230.

Herek, G.M. (1991). « Stigma, prejudice, and violence against lesbians and gay men », dans J.C. Gonsiorek et J.D. Weinrich (dir.), *Homosexuality : Research Implications for Public Policy,* Newbury Park, CA, Sage, p. 60-80.

Herek, G.M. (1996). « Heterosexism and homophobia », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health,* Washington, American Psychiatric Press, p. 101-112.

Herek, G.M., Cogan, J.C. et Gillis, J.R. (2000). « Psychological well-being and commitment to lesbian, gay, and bisexual identities », dans G.M. Herek (dir.), *Identity, Community, and Well-being among Lesbians, Gay Men, and Bisexuals,* Washington, American Psychological Association.

Herek, G.M., Cogan, J.C., Gillis, J.R. et Glunt, E.K. (1997). « Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men », *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association, 2*, p. 17-25.

Hershberger, S.L. et D'Augelli, A.R. (1995). « The impact of victimization on the mental health and suicidality of lesbian, gay, and bisexual youths », *Developmental Psychology, 31*, p. 65-74.

Hudson, W.W. (1993). « Partner Abuse Scale : Physical », dans W.W. Hudson (dir.), *WALMYR Assessment Scales Scoring Manual,* Tallahassee, WALMYR, p. 35-63.

Island, D. et Letellier, P. (1991). *Men Who Beat the Man Who Love Them : Battered Gay Men and Domestic Violence,* New York, Haworth.

Johnson, S.M. et O'Connor, E. (2001). *For Lesbian Parents : Your Guide to Helping your Family Grow Up Happy, Healthy, and Proud,* New York, Guilford.

Jordan, K.M. et Deluty, R.H. (1998). « Coming out for lesbian women : Its relation to anxiety, positive affectivity, self-esteem, and social support », *Journal of Homosexuality, 35*, p. 41-62.

Jordan, K.M. et Deluty, R.H. (2000). « Social support, coming out, and relationship satisfaction in lesbian couples », *Journal of Lesbian Studies, 4*, p. 145-164.

Julien, D. (1998). « Soutien de la famille d'origine à la vie conjugale des couples homosexuels », dans *Qualité de vie des gais et lesbiennes,* Montréal, Association canadienne pour la santé mentale, p. 61-78.

Julien, D. (2003). « Trois générations de recherches empiriques sur les mères lesbiennes, les pères gais et leurs enfants », dans P.C. Lafond et B. Lefebvre (dir.), *L'union civile : Nouveaux modèles de conjugalité et de parentalité au 21e siècle,* Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 359-384.

Julien, D., Arellano, C. et Turgeon, L. (1997). « Gender issues in heterosexual, gay and lesbian couples », dans W.K. Halford et H.J. Markman (dir.), *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention,* New York, Wiley, p. 107-127.

Julien, D. et Chartrand, E. (2003). *Recension des écrits sur la santé des personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles* (rapport de recherche subventionné par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture), Montréal, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Julien, D., Chartrand, E. et Bégin, J. (1996). « Male couples' dyadic adjustment and the use of safer sex within and outside of primary relationships », *Journal of Family Psychology, 10*, p. 89-96.

Julien, D., Chartrand, E. et Bégin, J. (1999). « Social networks, structural interdependence, and conjugal adjustment in heterosexual, gay, and lesbian couples », *Journal of Marriage and the Family, 61*, p. 516-530.

Julien, D., Chartrand, E., Simard, M. C., Bouthillier, D. et Bégin, J. (2003). « Conflict, social support, and relationship quality : An observational study of heterosexual, gay male, and lesbian couples' communication », *Journal of Family Psychology, 17*, p. 419-428.

Klinger, R.L. (1996). « Lesbian couples », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health,* Washington, American Psychiatric Press, p. 339-352.

Klinger, R.L. et Stein, T.S. (1996). « Impact of violence, childhood sexual abuse, and domestic violence and abuse on lesbians, bisexuals, and gay men », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health,* Washington, American Psychiatric Association, p. 801-818.

Koepke, L., Hare, J. et Moran, P.B. (1992). « Relationship quality in a sample of lesbian couples with children and child-free lesbian couples », *Family Relations, 41*, p. 224-229.

Krestan, J. et Bepko, M.S.W. (1980). « The problem of fusion in the lesbian relationship », *Family Process, 19*, p. 277-289.

Kurdek, L.A. (1987). « Sex role self schema and psychological adjustment in coupled homosexual and heterosexual men and women », *Sex Roles, 17*, p. 549-562.

Kurdek, L.A. (1988). « Relationship quality of gay and lesbian cohabiting couples », *Journal of Homosexuality, 15*, p. 93-118.

Kurdek, L.A. (1995). « Developmental changes in relationship quality in gay and lesbian cohabiting couples », *Developmental Psychology, 31*, p. 86-94.

Kurdek, L.A. (1998). « Relationship outcomes and their predictors : Longitudinal evidence from heterosexual married, gay cohabiting, and lesbian cohabiting couples », *Journal of Marriage and the Family, 60*, p. 553-568.

Langis, J., Mathieu, M. et Sabourin, S. (1991). « Sexual roles and conjugal adaptation/Rôles sexuels et adaptation conjugale », *Canadian Journal of Behavioural Science*, *23*(1), p. 66-75.

LaSala, M.C. (2000). « Gay male couples : The importance of coming out and being out to parents ». *Journal of Homosexuality, 39*, p. 47-71.

LaSala, M.C. (2001). « Monogamous or not : Understanding and counseling gay male couples », *Families in Society*, *82*(6), p. 605-611.

Leitner, L.M. et Cado, S. (1982). « Personal constructs and homosexual stress », *Journal of Personality and Social Psychology, 43*(4), p. 869-872.

Letellier, P. (1994). « Gay and bisexual domestic violence victimization : Challenges to feminist theory and responses to violence », *Violence and Victims, 9*, p. 95-106.

Liddle, B.J. (1996). « Therapist sexual orientation, gender, and counseling practices as they relate to ratings of helpfulness by gay and lesbian clients », *Journal of Counseling Psychology, 43,* p. 394-401.

Locke, H.J. et Wallace, K.M. (1959). « Short marital-adjustment and prediction tests : Their reliability and validity », *Marriage and Family Living, 21*, p. 251-255.

Lussier, Y. (1997). *Traduction canadienne-française du Revised Conflict Tactics Scales (CTS2),* document inédit, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Maccoby, E.E. (1990). « Gender and relationships », *American Psychologist, 45*, p. 513-520.

MacDonald, B.J. (1998). « Issues in therapy with gay and lesbian couples », *Journal of Sex and Marital Therapy, 24,* p. 165-190.

Maguen, S., Floyd, F.J., Bakerman, R. et Armistead, L. (2002). « Developmental milestones and disclosure of sexual orientation among gay, lesbian, and bisexual youths », *Applied Developmental Psychology*, *23*, p. 219-233.

Malyon, A.K. (1982). « Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men », dans J.C. Gonsiorek (dir.), *Homosexuality and Psychotherapy,* New York, The Haworth Press, p. 9-20.

Martin, A.D. (1982). « Learning to hide : The socialization of the gay adolescent », *Adolescent Psychiatry, 10*, p. 52-65.

Martin, J.L. et Dean, L.L. (1987). *Ego-dystonic Homosexuality Scale*, disponible à la School of Public Health, Columbia University.

Martin, J.L. et Dean, L.L. (1989). « Risk factors for AIDS-related bereavement in a cohort of homosexual men in New York City », dans B. Cooper et T. Helgason (dir.), *Epidemiology and the Prevention of Mental Disorders,* Florence, KY, Taylor et Frances, p. 170-184.

Mathis, M.R. (2001). « The relationship between internalized shame and relationship satisfaction within gay male couples », *Dissertation Abstracts International, 62*, p. 1090.

McClennen, J.C., Summers, A.B. et Daley, J.G. (2002). « The lesbian partner abuse scale », *Research on Social Work Practice, 12*, p. 277-292.

McWhirter, D.P. et Mattison, A.M. (1984). *The Male Couple : How Relationships Develop,* Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

Merrill, G.S. (1998). « Understanding domestic violence among gay and bisexual men », dans R.K. Bergen (dir.), *Issues in Intimate Violence,* Thousand Oaks, CA, Sage, p. 129-141.

Miranda, J. et Storms, M. (1989). « Psychological adjustment of lesbians and gay men », *Journal of Counseling and Development, 68*, p. 41-45.

Mohr, J. et Fassinger, R. (2000). « Measuring dimensions of lesbian and gay male experience », *Measurement and Evaluation in Counselling and Development, 33*, p. 66-91.

Murphy, B.C. (1992). « Counseling lesbian couples : Sexism, heterosexism, and homophobia », dans S.H. Dworkin et F.J. Cutiérrez (dir.), *Counseling Gay Men and Lesbians,* Alexandria, VA, American Association for Counseling and Development, p. 63-79.

Nungesser, L.G. (1983). *Homosexual Acts, Actors and Identity,* New York, Praeger.

Ossana, S.M. (2000). « Relationship and couples counselling », dans R.M. Perez, K.A. DeBord et K.J. Bieschke (dir.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients,* Washington, American Psychological Association, p. 275-302.

Otis, J., Girard, M.E., Ryan, B., Bourgon, M., Engler, K. et Fugère, A. (2002). *Empowerment des jeunes gais, lesbiennes et bisexuels : analyse d'implantation et évaluation des effets du projet « Safe Spaces » implanté dans quatre villes canadiennes*, rapport de recherche, Montréal, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal.

Otis, J., Ryan, B., Chouinard, N. et Fournier, K (2001). *Effets du « Projet 10 » sur le mieux-être sexuel de jeunes gais et bisexuels,* rapport de recherche, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux – Montréal Centre.

Parks, C.A. (1998). « Lesbian parenthood : A review of the literature », *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, p. 376-389.

Patterson, C.J. (2000). « Family relationships of lesbians and gay men », *Journal of Marriage and the Family, 62*, p. 1052-1069.

Patterson, D.G. et Schwartz, P. (1994). « The social construction of conflict in intimate same-sex couples », dans D.D. Cahn (dir.), *Conflict in Personal Relationships,* Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, p. 3-26.

Peplau, L.A. (1991). « Lesbian and gay relationships », dans J.C. Gonsiorek et J.D. Weinrich (dir.), *Homosexuality : Research Implications for Public Policy,* Newbury Park, CA, Sage, p. 177-196.

Peplau, L.A. et Spalding, L.R. (2003). « The close relationships of lesbians, gay men, and bisexuals », dans L.D. Garnets et D.C. Kimmel (dir.), *Psychological Perspectives on Lesbian, Gay, and Bisexual Experiences* (2e éd.), New York, Colombia University Press, p. 449-474.

Peplau, L.A., Padesky, C. et Hamilton, M. (1982). « Satisfaction in lesbian relationships », *Journal of Homosexuality, 8*, p. 23-35.

Peplau, L.A., Veniegas, R.C. et Campbell, S.M. (1996). « Gay and lesbian relationships », dans R.C. Savin-Williams et K.M. Cohen (dir.), *The Lives of Lesbians, Gays, and Bisexuals : Children to Adults,* New York, Harcourt Brace, p. 250-273.

Peterkin, A. et Risdon, C. (2003). *Caring for Lesbian and Gay People : A Clinical Guide,* Toronto, University of Toronto Press.

Procidano, M.E. et Heller, K. (1983). « Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies », *American Journal of Community Psychology, 11*, p. 1-24.

Purcell, D.W., Campos, P.E. et Perilla, J.L. (1996). « Therapy with lesbians and gay men : A cognitive behavioural perspective », *Cognitive and Behavioural Practice, 3*, p. 391-415.

Renzetti, C.M. (1992). *Violent Betrayal : Partner Abuse in Lesbian Relationships,* Thousand Oaks, CA, Sage.

Renzetti, C.M. et Miley, C.H. (dir.) (1996). *Violence in Gay and Lesbian Domestic Partnerships*, New York, Harrington Park Press.

Ristock, J.L. (2003). « Exploring dynamics of abusive lesbian relationships : Preliminary analysis of a multisite, qualitative study », *American Journal of Community Psychology, 31*, p. 329-341.

Ritter, K. et Terndrup, A.I. (2002). *Handbook of Affirmative Psychotherapy with Lesbians and Gay Men,* New York, Guilford.

Romance, J.L. (1988). « The impact of internalized homophobia on the satisfaction levels in gay male relationships », *Dissertation Abstracts International, 48*, p. 3207.

Ross, M.W. et Rosser, B.R. (1996). « Measurement and correlates of internalized homophobia : A factor analytic study », *Journal of Clinical Psychology, 52*, p. 15-21.

Sanders, G. (2000). « Men together », dans P. Papp (dir.), *Couples on the Fault Line : New Directions for Therapists,* New York, Guilford, p. 222-256.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. et Sarason, B.R. (1983). « Assessing social support : The Social Support Questionnaire », *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, p. 127-139.

Savin-Williams, R.C. et Diamond, L.M. (1999). « Sexual orientation », dans W.K. Silverman et T.H. Ollendick (dir.), *Developmental Issues in the Clinical Treatment of Children,* Needham Heights, MA, Allyn and Bacon, p. 241-258.

Savin-Williams, R.C. et Diamond, L.M. (2000). « Sexual identity trajectories among sexual-minority youths : Gender comparisons », *Archives of Sexual Behavior*, *29*, p. 607-627.

Schreurs, K.M.G., Buunk, B.P. (1996). « Closeness, autonomy, equity, and relationship satisfaction in lesbian couples », *Psychology of Women Quarterly, 20*, p. 577-592.

Shidlo, A. (1994). « Internalized homophobia : Conceptual and empirical issues in measurement », dans B. Greene et G.M. Herek (dir.), *Lesbian and Gay Psychology : Theory, Research, and Clinical Applications* , Thousand Oaks, CA, Sage, p. 175-205.

Siegel, S. et Walker, G. (1996). « Connections : Conversations between a gay therapist and a straight therapist », dans J. Laird et R.J. Green (dir.), *Lesbians and Gays in Couples and Families : A Handbook for Therapists,* San Francisco, Jossey-Bass Publishers, p. 28-68.

Smith, R.B. et Brown, R.A. (1997). « The impact of social support on gay male couples », *Journal of Homosexuality, 33*, p. 39-61.

Snyder, D.K. et Whisman, M.A. (2003). *Treating Difficult Couples : Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders,* New York, Guilford.

Sophie, J. (1988). « Internalized homophobia and lesbian identity », dans E. Coleman (dir.), *Psychotherapy with Homosexual Men and Woman : Integrated Identity Approaches for Clinical Practice,* New York, The Haworth Press, p. 9-24.

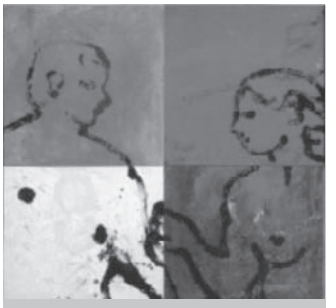
Statistique Canada (2002). *Série analytique du recensement de 2001 – Profil des familles et des ménages canadiens : la diversification se poursuit*, <www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/fam/contents_f.cfm>, consulté le 31 janvier 2005.

Stein, T.S. et Cabaj, R.P. (1996). « Psychotherapy with women who love women », dans R.P. Cabaj et T.S. Stein (dir.), *Textbook of Homosexuality and Mental Health,* Washington, American Psychiatric Press, p. 413-432.

Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D.B. (1996). « The revised Conflict Tactics Scales (CTS2) : Development and preliminary psychometric data », *Journal of Family Issues, 17*, p. 283-316.

Troiden, R.R. (1989). « The formation of homosexual identities », *Journal of Homosexuality, 17*, p. 43-73.

West, C.M. (2002). « Lesbian intimate partner violence : Prevalence and dynamics », *Journal of Lesbian Studies, 6*, p. 121-127.



CHAPITRE

9

L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Yvan Lussier, John Wright, Marie-France Lafontaine, Audrey Brassard et Norman B. Epstein

L'intervention de couple lorsqu'il y a présence de violence entre les partenaires est sans aucun doute une problématique qui demande une grande perspicacité, même chez les intervenants les plus expérimentés. Dans de telles situations, tous sont aux prises avec des questionnements d'ordre éthique, légal et de sécurité, à la fois pour la victime et pour eux-mêmes. L'efficacité de leur intervention est aussi mise en doute, car plusieurs intervenants n'ont reçu aucune formation en regard de cette problématique et sont très peu préparés à y faire face (Holtzworth-Munroe, Marshall, Meehan et Rehman, 2003). Bien que les spécialistes de l'intervention conjugale formulent la recommandation générale de ne jamais entreprendre une thérapie ou de cesser la thérapie de couple lorsqu'il y a présence de violence entre les partenaires, il n'est pas facile

de déterminer dans quelles circonstances et pour quelles formes de violence il faut appliquer cette recommandation. De plus, entre 50 % et 70 % des couples qui consultent en thérapie rapporteraient au moins un épisode de violence au cours de la dernière année (Ehrensaft et Vivian, 1996). S'il fallait mettre en application de manière rigide la recommandation des spécialistes, il n'y aurait pratiquement plus de thérapie conjugale. Étant donné la prévalence de ce phénomène, la forte probabilité que la violence se poursuive une fois qu'elle a débuté et les conséquences négatives qu'elle entraîne sur l'ensemble de la famille, il est primordial que les cliniciens qui interviennent auprès de couples et de familles y portent un intérêt particulier afin d'intervenir de manière compétente et efficace. Le présent chapitre vise à sensibiliser les intervenants à la problématique de la violence conjugale, à leur fournir des outils diagnostiques pour bien circonscrire la nature et les effets des gestes violents et à dégager des pistes d'intervention pour aider les couples à résoudre leurs différends de façon fonctionnelle.

1. ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA VIOLENCE CONJUGALE

1.1. Définitions

La violence conjugale (VC) est une problématique sociale qui est marquée par le manque de consensus des gouvernements, des chercheurs et des intervenants en clinique quant à la manière de la définir. Il s'agit d'une appellation générale qui revêt de grandes divergences en fonction de la conceptualisation utilisée, de la nature, de la gravité, de la chronicité, du sexe du conjoint aux comportements violents et des répercussions des gestes posés sur le conjoint ou la conjointe[1] et la famille. À ce stade-ci, il n'y a pas de définition unique de la violence conjugale. Au lieu de cela, il y a une prolifération de constructions théoriques et une hétérogénéité de définitions qui tentent de circonscrire la violence conjugale. Par exemple, certains auteurs définissent la violence exclusivement en termes de voies de fait physiques (Gelles et Straus, 1979). Également, en recherche empirique, le choix de l'instrument de mesure utilisé par les chercheurs limite le ou les types de violence évalués. Tout de même, un certain consensus global se dégage de la documentation et il est possible de faire ressortir de l'ensemble des définitions de la violence conjugale au moins trois types de violence, soit la violence psychologique, la violence physique et la violence sexuelle. À ceux-ci pourraient aussi s'ajouter d'autres types de violence comme la violence financière et la violence spirituelle. La violence conjugale psychologique peut prendre de multiples formes, y compris insulter son/sa partenaire, parjurer contre lui/elle, le/la rabaisser, menacer de le/la frapper ou de lui lancer des objets, détruire ses biens ou frapper dans les murs. Elle englobe à la fois les actions verbales et non verbales qui, symboliquement, font du mal ou de la peine à l'autre ou

1. Dans le présent chapitre, la violence conjugale est conceptualisée comme pouvant être perpétrée par les deux conjoints. Toutefois, pour éviter des structures de phrase lourdes, le conjoint victime sera souvent identifié au féminin, alors que le conjoint violent sera désigné au masculin.

qui sont des menaces pour le blesser (Straus, 1979). Un conjoint qui ignore l'autre ou le menace du regard ou d'un geste (p. ex., pour montrer qu'il n'est pas intelligent) n'a pas besoin de la parole pour exprimer de la violence. Il est important de préciser que les frustrations sont inévitables dans un couple. Les conflits peuvent résulter en chicanes, argumentations intenses, expression de la colère, élévation de la voix (cris), à la limite en engueulades. De telles réactions ne sont pas qualifiées de violence psychologique ou verbale si elles ne sont pas accompagnées des comportements décrits plus haut. Ce sont des interactions ou des styles d'affrontement non fonctionnels, mais sans connotation violente. Quant à la violence conjugale physique, elle peut englober des gestes, tels que gifler son/sa partenaire, le/la bousculer, le/la mordre, l'étrangler, lui tirer les cheveux, lui donner des coups de poing, utiliser une arme contre lui/elle ou lui lancer des objets. Plusieurs chercheurs nomment ce type de violence « *abuse* » ou « agression physique » (Arriaga et Oskam, 1999). D'autres catégorisent ces incidents comme étant « violents » seulement lorsqu'ils conduisent à des blessures physiques ou qu'ils sont considérés comme un crime. Ils deviennent des gestes d'autodéfense, surtout chez la femme, lorsque aucun autre moyen n'a pu être utilisé pour se protéger ou faire cesser la violence subie (Jacobson *et al*., 1994). Toutefois, pour se disculper, il peut être désirable pour un conjoint de dire que la violence physique a été utilisée dans un but d'autodéfense. Le clinicien doit faire une évaluation approfondie avant de sanctionner ce type de réplique. On désigne du nom de violence sexuelle tout contact intime non désiré, le recours à la force ou au chantage pour obliger son/sa partenaire à avoir des relations sexuelles contre son gré ou les douleurs ou blessures qu'il ou elle subit durant l'acte sexuel. Il peut également s'agir de violence sexuelle quand il y a transmission volontaire du VIH, du sida ou de toute autre maladie transmise sexuellement.

1.2. Portrait statistique

Plusieurs études et enquêtes épidémiologiques ont tenté de dresser un portrait statistique de la violence conjugale psychologique, physique et sexuelle d'hommes et de femmes de la population générale. Selon les résultats de la plus récente Enquête sociale générale de 2004 sur la victimisation, environ 7 % des Canadiennes et 6 % des Canadiens vivant en couple ont signalé avoir été victimes d'une forme quelconque de violence physique ou sexuelle (de la simple menace de frapper l'autre à l'agression sexuelle) de la part de leur conjoint au cours des cinq années précédant l'enquête (Statistique Canada, 2005). Ces chiffres font référence à environ 653 000 femmes et 546 000 hommes qui avaient un ou une partenaire ou ex-partenaire au cours de ces cinq années et qui ont déclaré avoir été victimes d'au moins un incident de violence (Statistique Canada, 2005). Le Québec se classe légèrement en bas de la moyenne canadienne, avec 5 % d'hommes et 6 % de femmes qui disent avoir été victimes de violence conjugale. Donc, il y a une certaine symétrie entre les sexes à l'égard du taux de violence conjugale dans la population générale. Il est important de préciser que les femmes sont victimes d'incidents violents plus graves et rapportent plus de conséquences psychologiques et de blessures que les hommes (Statistique Canada, 2005).

L'une de nos études (Lafontaine et Lussier, 2005b), réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population de couples québécois, indique que, sur 316 couples, 8,1 % des hommes et 13,8 % des femmes ont émis au moins un comportement de violence physique envers leur partenaire au cours des 12 mois précédant l'étude. De plus, 17,2 % des hommes et 7 % des femmes ont été violents sexuellement envers leur partenaire au moins une fois au cours de cette même période. Cette forme de violence est plus répandue chez les jeunes adultes, alors qu'une autre de nos études a montré que 46 % des jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans (N = 357) avaient subi cette forme de violence au moins une fois au cours d'une période de 12 mois (Lussier, Lemelin et Lafontaine, 2002). La violence psychologique est la forme de violence la plus répandue. L'Enquête sociale générale de 2004 a démontré que 18 % des Canadiennes et 17 % des Canadiens ont déclaré en avoir été victimes au cours des cinq dernières années. Dans notre échantillon de 316 couples québécois, 64,7 % des hommes et 69,3 % des femmes ont indiqué avoir été violents psychologiquement envers leur conjoint au moins une fois au cours des 12 mois avant l'enquête. Aussi, Straus et Sweet (1992) ont révélé que 74 % des hommes et 75 % des femmes (échantillon représentatif de couples américains) ont manifesté au moins une forme de violence conjugale psychologique durant les douze derniers mois précédant l'étude. Force est de constater qu'il y a d'importantes disparités dans les estimations de la violence obtenues dans les études. Ce tableau statistique a été à peine dépeint, et ce n'est pas le but de ce chapitre d'expliquer ces fluctuations en détail. Par contre, mentionnons que la nature de l'étude (épidémiologique, clinique, échantillons judiciarisés, échantillons de volontaires), la façon de présenter l'étude aux participants (étude sur les problèmes et les conflits ou études sur la criminalité, les victimes de crime, la sécurité personnelle, les blessures et la violence), la définition même de la violence, son opérationnalisation (type et nombre de questions), ainsi que les caractéristiques des échantillons (âge, durée, présence d'enfants, etc.) sont d'importants facteurs qui concourent à l'explication de telles variations. Par exemple, il ne faudrait pas oublier, comme le laissent voir les études rétrospectives, qu'il y a une escalade de la violence quant à la fréquence, à l'intensité et à la gravité chez plusieurs couples au cours des années de vie commune (Holtzworth-Munroe, Beak Beaty et Anglin, 1995). Ce qui est certain, c'est que la violence est une problématique réelle qui teinte la qualité des relations de couple en faible ou forte proportion selon les études.

1.3. Modèles typologiques de la violence conjugale

Au cours des trente dernières années, l'approche féministe a été à l'avant-plan de la recherche sur la violence conjugale (Walker, 1979, 1989, 1990). La violence (violence psychologique grave, intimidation et violence physique) y est définie comme la tentative d'un homme visant à contrôler et à terroriser une femme (Arriaga et Oskamp, 1999). Elle est qualifiée de typiquement masculine, se fondant sur la victimisation de la femme au profit du contrôle patriarcal de l'homme. Les résultats de recherches, comme celles réalisées auprès de femmes en maison d'hébergement victimes de violence conjugale ou celles basées sur les statistiques policières ont permis de bien documenter une réalité

incontestable du phénomène de la violence perpétrée par l'homme envers la femme. Par contre, ces études ne prennent souvent en compte qu'une faible portion des agressions domestiques pouvant être vécues comme un crime (p. ex., les agressions qui résultent en blessures assez graves).

Les tenants des différentes approches théoriques (p. ex., sociologique, sociopolitique, psychologique et biologique) ont aussi contribué à identifier les hommes violents potentiels et les aspects de leur dynamique qui nécessitent un traitement. Du point de vue psychologique, les études montrent clairement que, comparativement à des hommes non violents, les hommes à comportements violents affichent plus de symptômes de détresse psychologique, de troubles de la personnalité, de conduites d'attachement dysfonctionnelles, d'hostilité, de colère, de problèmes de consommation d'alcool et de moins bonnes habiletés sociales (Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler et Sandin, 1997). De plus, on sait que le garçon qui voit son père battre sa mère a 700 fois plus de chance que les autres d'utiliser la violence plus tard. Quand le garçon a été lui-même victime de violence, il a 1 000 fois plus de chances que les autres d'utiliser la violence (Kalmus, 1984). On remarque que 75 % des hommes violents ont observé de la violence entre leurs parents (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990).

Cependant, l'obtention de résultats contradictoires remet en question la valeur d'un portrait unique de l'homme violent envers sa conjointe, et elle a provoqué un mouvement vers des représentations typologiques plus complexes des hommes violents. En effet, les recherches récentes démontrent que les conjoints violents ne forment pas un groupe d'individus homogène (p. ex., Dutton, 1995 ; Hamberger et Hastings, 1986 ; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman et Stuart, 2000). Ils appartiennent à différents sous-groupes qui se distinguent sur le plan psychologique, ainsi que sur la nature et l'intensité des comportements violents. Dans certaines recherches, les typologies sont plutôt rudimentaires et s'appuient sur un ou au plus quelques-uns des comportements ou caractéristiques observés chez les hommes violents (p. ex., présence ou absence de problèmes de consommation d'alcool ; présence ou absence de comportements de dépendance ; présence ou absence d'impulsivité).

Actuellement, les chercheurs ont recours à des agencements complexes entre des variables importantes tant sur le plan empirique que théorique (p. ex., l'influence génétique, les expériences familiales et avec les pairs, l'attachement à l'égard d'autrui, l'impulsivité, les habiletés sociales et les attitudes à l'égard de la femme et de la violence) afin d'identifier des sous-types d'hommes aux comportements violents physiquement (voir Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997). La documentation décrit clairement trois sous-types d'hommes aux comportements violents physiquement : ceux exerçant leur violence dans la famille seulement (*overcontrolled group* selon la classification de Dutton, 1995), les états-limites/dysphoriques et les antisociaux/généralement violents (un quatrième type émerge, les antisociaux de faible intensité, mais ce dernier groupe est encore peu documenté et non validé). Plusieurs groupes de chercheurs indépendants (Dutton, 1995 ; Hamberger et Hastings, 1986 ; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000 ; Holtzworth-Munroe,

Meehan, Herron, Rehman et Stuart, 2003 ; Holtzworth-Munroe et Stuart, 1994) confirment cette typologie en obtenant des regroupements tripartites très similaires. Les hommes du premier groupe présentent des comportements violents d'importance moins grande que les deux autres groupes. Ils ont peu de manifestations psychopathologiques et de troubles de la personnalité. Il peut même être difficile de distinguer les hommes de ce groupe des hommes non violents qui éprouvent des difficultés conjugales. Il existe chez ces hommes peu de risques génétiques pour la violence, peu d'agressions dans la famille d'origine et d'implication dans des activités déviantes. Leur violence résulterait de la combinaison de stress à l'extérieur et à l'intérieur de la famille, de telle sorte qu'à un certain moment, la répression de leur colère et leur manque d'habiletés sociales au sein du couple les amèneraient à être violents durant l'intensification des conflits. Cependant, le fait qu'ils ne souffrent pas d'une psychopathologie particulière et la présence d'attitudes positives envers les femmes et négatives envers la violence empêcheraient leur violence de s'intensifier. Ces hommes s'apparentent à ceux identifiés comme faiblement violents dans les enquêtes nationales. Même si, la plupart du temps, il s'agit de violence mineure et sporadique, elle n'en est pas pour autant acceptable et inoffensive. Le clinicien doit prendre ces situations aux sérieux. À cet égard, nos propres études démontrent que les hommes perpétrant plus de six comportements de violence mineure dans les douze derniers mois rapportaient plus de problèmes de colère et de communication, de moins bonnes stratégies d'adaptation, plus de difficultés psychologiques et conjugales lorsqu'ils étaient évalués une année et même deux années plus tard, comparativement aux hommes non violents. Même les hommes ayant perpétré de un à cinq comportements de violence mineure affichaient plus de difficultés en comparaison avec les hommes non violents (Lussier, Brassard, Valois et Sabourin, 2004). Le groupe d'hommes exerçant de la violence au sein de leur famille seulement est important et représente au moins la moitié de ceux exerçant de la violence envers leur conjointe (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997).

Les deux autres groupes d'hommes vont perpétrer de la violence allant de modérée à grave, ce qui correspond à un seuil clinique de violence. Les hommes du deuxième groupe présentent des caractéristiques de personnalité état-limite et schizoïde. Ils sont les plus nombreux à avoir été victimes d'agression sexuelle étant jeunes, comparativement aux hommes des deux autres groupes. Ces hommes ont donc de la difficulté à établir un attachement stable et de confiance envers un partenaire amoureux. Ils présentent un déficit sur le plan des habiletés sociales, ils manifestent des attitudes hostiles envers la femme et des attitudes qui soutiennent la violence de manière modérée. Ce sont les hommes violents qui éprouvent le plus de difficultés à gérer leurs pulsions et leurs émotions. Ils ont souvent des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool. La violence leur permet d'évacuer leurs tensions.

Les hommes du troisième groupe présentent des caractéristiques associées à la personnalité antisociale ou des indices de psychopathie. La violence constitue pour eux un mode général de fonctionnement. Ce sont les hommes qui ont vécu le plus de violence

dans leur famille d'origine. Ces hommes ont un style d'attachement caractérisé par la difficulté à faire confiance aux autres. Ils manquent d'habiletés pour résoudre leurs difficultés dans diverses situations. Ce sont des individus peu empathiques et impulsifs. Ils manifestent une attitude approbatrice à l'égard de la violence. Leur violence conjugale n'est qu'une manifestation d'une utilisation générale de la violence et de leur engagement dans des comportements antisociaux et criminels. Gottman et ses collègues (1995) ont identifié des mécanismes étiologiques basés sur les réponses physiologiques de deux groupes d'hommes violents durant des discussions de résolution de problèmes avec leur partenaire. Les hommes du type 1 sont plus violents avec autrui à l'extérieur de la relation, montrent des niveaux élevés de comportements antisociaux, d'agression sadique et, surtout, ils affichent une décélération du rythme cardiaque lors des interactions avec leur partenaire. Les hommes du type 2 sont plus dépendants, indigents, émotionnellement explosifs et tendent à accroître leur rythme cardiaque lors d'interactions. Ces deux regroupements d'hommes convergent respectivement avec les types d'hommes antisociaux et ceux ayant des personnalités états-limites et dépressives/anxieuses. Cependant, sur le plan empirique, deux études (Babcock, Green, Webb et Graham, 2004 ; Meehan, Holtzworth-Munroe et Herron, 2001) n'ont pas réussi à répliquer les résultats physiologiques obtenus par Gottman *et al*. (1995).

Malheureusement, il y a encore peu d'études visant l'établissement de typologies semblables chez les femmes (Babcock, Miller, Siard, 2003 ; Swan et Snow, 2002). Bien que la violence subie par les femmes soit celle qui est la plus fréquemment rapportée à la police, un courant de recherche davantage relationnel ou centré sur les conflits familiaux (Fiebert, 1997 ; Straus, 1999) montre que la violence exprimée par les femmes au sein de leur relation intime est une réalité concrète qui mérite d'être étudiée. Elle a souvent été ignorée (Straus, 1999). Dans plus d'une centaine d'études réalisées dans la communauté et d'enquêtes épidémiologiques (ce que Straus, 1999 regroupe sous l'appellation « études sur les conflits familiaux »), la proportion de voies de fait physiques perpétrées par les hommes et les femmes est toujours égale (Straus, 1999) et confirme les statistiques présentées plus haut. Les études montrent que la violence psychologique et physique mineure et modérée peut être instiguée par les deux partenaires du couple, alors que la violence grave ou extrême est perpétrée presque exclusivement par les hommes (Arriaga et Oskamp, 1999). Plusieurs auteurs constatent que la moitié des femmes participant à leur étude rapportent avoir frappé la première (Stets et Straus, 1990 ; Carrado, George, Loxam, Jones et Templar, 1996). Ainsi, cette perspective de la violence féminine doit également être prise en considération au niveau du diagnostic clinique. La typologie de Babcock *et al*. (2003) se base sur celle développée pour les hommes (Holtzworth-Munroe et Stuart, 1994) et discerne deux groupes de femmes violentes : le groupe composé de femmes dont la violence s'exerce uniquement envers le partenaire et le groupe de femmes généralement violentes. Voici l'exemple d'un couple présentant de la violence psychologique et physique réciproque (c.-à-d. perpétrée par les deux conjoints).

Vignette clinique – Céline et Daniel

Céline et Daniel manifestaient l'un envers l'autre de la violence psychologique lors de leurs différends en s'insultant, en se dénigrant et en se menaçant. En plus, certaines de leurs escalades se terminaient par de la violence physique où Daniel pouvait donner un coup de poing et casser un mur ou une vitre ou tenter d'immobiliser Céline, alors que celle-ci pouvait le pousser (normalement avec ses mains et une fois avec un bâton d'hockey). Les deux étaient persuadés qu'il n'y avait aucun risque que Daniel (beaucoup plus fort et athlétique que Céline) frappe ou blesse Céline. Cette dernière révélait n'avoir aucune crainte qu'il perdre son contrôle. Par contre, le clinicien ne partageait pas leur point de vue, car une situation conflictuelle peut vite s'envenimer et les gestes violents peuvent s'amplifier d'une fois à l'autre.

La typologie élaborée par l'équipe de Johnson (Johnson, 1995 ; Leone, Johnson, Cohan et Lloyd, 2004) tente de réconcilier les différences entre l'approche féministe et celle basée sur les conflits familiaux. Elle met en évidence la motivation (expressive ou instrumentale) sous-jacente aux comportements violents en distinguant deux types de violence dans les relations de couple. La « violence commune » découle de conflits mal résolus dont l'escalade provoque de la violence mineure, transitoire et souvent réciproque. C'est cette violence qui est habituellement évaluée dans les grandes enquêtes nationales. Le « terrorisme intime » (ou patriarcal) renvoie à des patrons de violence ayant pour but de maintenir une domination. On le retrouve souvent dans les échantillons cliniques (p. ex., les maisons d'hébergement). Cette violence est susceptible d'être persistante, fréquente et habituellement perpétrée par les hommes. Un tel modèle permet de mieux subdiviser les niveaux de gravité de la violence.

Dans un tout autre ordre d'idées, la théorie de l'attachement adulte propose elle aussi un cadre conceptuel qui peut s'appliquer à la compréhension et au traitement de la violence conjugale. D'ailleurs, le chapitre 5 aborde le traitement des problèmes de couple à partir de cette théorie de l'attachement. D'un point de vue théorique, l'enfant qui ne peut compter sur la disponibilité et sur les soins réguliers d'une figure d'attachement aura des manifestations d'agrippement, de protestation et de colère (Bowlby, 1988). Son système d'attachement est alors activé et ses réactions servent à exprimer son besoin de l'autre en fait de protection et d'affection. De telles expériences répétitives peuvent engendrer chez ces enfants une peur chronique de l'abandon. En transposant ces observations à l'adulte, la violence et le contrôle seraient des réactions exagérées de colère face à une union que l'individu sent menacée de rupture ou face à un manque de contrôle sur la disponibilité du partenaire à son égard (Mayseless, 1991 ; Stets et Pirog-Good, 1990). La présence de conflits dans le couple peut aussi être perçue comme une menace à la disponibilité du conjoint (Pistole, 1989), amenant l'individu à vivre de l'anxiété d'abandon. L'usage de comportements coercitifs comme la violence servirait

à prévenir la prise de distance de l'autre (Robert et Noller, 1998). Par contre, cette colère dysfonctionnelle éloignerait le partenaire amoureux (l'objet d'attachement) au lieu de favoriser son rapprochement. Chez d'autres individus qui évitent la proximité, leur manque d'implication émotionnelle et leurs sentiments négatifs associés au rejet (Robert et Noller, 1998) leur font vivre trop de détresse, rendant impossible le développement d'habilités constructives de communication. En somme, selon Mayseless (1991), la violence surviendrait dans les couples où les conjoints manifesteraient un attachement non sécurisant l'un envers l'autre, la violence ayant pour fonction de maintenir une relation intime significative, de régulariser cette proximité affective et de rétablir une certaine forme de sécurité.

Selon la théorie de Bowlby, la qualité et la nature des premiers liens d'attachement ont des conséquences sur le développement de la personnalité et sur la formation des modèles mentaux (*working models*) qui constituent des représentations cognitives à la fois positives ou négatives à l'égard de soi et des autres. De plus, ces modèles mentaux tendent à persister tout au long de la vie et servent à guider les attentes, les perceptions et les comportements des individus dans leurs relations ultérieures, incluant leurs relations intimes. Selon le modèle quadrifide proposé par Bartholomew (1990 ; Bartholomew et Horowitz, 1991), les représentations à l'égard de soi (qui se manifestent par la présence ou non d'anxiété d'abandon) et celles à l'égard d'autrui (qui se manifestent par la présence ou non d'évitement de l'intimité) se combinent pour former quatre styles d'attachement : *sécurisant* (sécurité affective élevée), *préoccupé* (instabilité émotionnelle, dépendance et peur d'être abandonné), *craintif* (méfiance et peur du rejet) et *autosuffisant ou détaché* (indépendance et invulnérabilité apparentes). Les travaux actuels sur les personnalités abusives (Dutton, 1998 ; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron et Stuart, 1999) soulignent la présence de conduites d'attachement dysfonctionnelles distinctives en fonction des caractéristiques de personnalité des hommes violents. Par exemple, les individus violents de type contrôlant auraient tendance à afficher un attachement préoccupé. Ils ont de la difficulté à se contenir en présence d'émotions. Lorsqu'ils ressentent de l'anxiété d'abandon, ils peuvent s'accrocher à l'autre et devenir très colériques. Les hommes violents présentant une personnalité antisociale se caractériseraient par un style davantage détaché. Ils sont coupés émotionnellement et ils manquent d'empathie. Ils sont distants, froids et peu intéressés aux relations intimes. Enfin, les hommes violents présentant un trouble de personnalité limite endosseraient un style d'attachement craintif. Ils affichent des éléments à la fois des hommes violents préoccupés et détachés. Ils vivent de l'anxiété d'abandon s'ils sont trop distants de l'autre et la peur du rejet ou d'être blessés s'ils sont trop intimes. En somme, il semble qu'en raison de leur anxiété chronique face au rejet et à l'abandon dans leur relation intime, les individus des styles d'attachement préoccupé et craintif soient plus susceptibles de vivre des affects négatifs marqués, incluant de l'agressivité, de la colère et de la violence envers leur partenaire (Bookwala et Zdaniuk, 1998 ; Dutton, Saunders, Starzomski et Bartholomew, 1994 ; Dutton, 1995 ; Holtzworth-Munroe, Stuart et Hutchinson, 1997). Les individus de style détaché semblent avoir une faible conscience

des signes physiologiques reliés au déclenchement de la colère (Mikulincer, 1998) et se sentent menacés face à une relation intense et intime (Holtzworth-Munroe *et al*., 1997). Ils utiliseraient des comportements dysfonctionnels comme la violence pour se sortir de cette fâcheuse situation qui provoque de la détresse chez eux (Robert et Noller, 1998). Nos propres recherches réalisées auprès d'organismes de traitement des hommes à comportements violents montrent que 86 % de l'échantillon (N = 65) est constitué d'hommes présentant des styles d'attachement non sécurisants (dont 36 % pour le style craintif et 42 % pour le style préoccupé) (Perreault et Lussier, 2000). Ces résultats corroborent les principales conclusions d'études indiquant que ceux qui présentent des comportements violents correspondent davantage aux styles craintif et préoccupé (Bookwala et Zdaniuk, 1998). De même, les gens qui subiraient de la violence dans les relations appartiendraient également à ces deux mêmes styles (Bartholomew, Henderson et Dutton, 2001 ; Lussier et Lévesque, 2003 ; O'Hearn et Davis, 1997). En somme, il faut reconnaître que ces différents styles d'attachement non sécurisants nécessitent différentes conceptualisations et interventions thérapeutiques.

Dans leur travail auprès de couples violents, les professionnels de la santé peuvent s'appuyer sur la documentation actuelle mettant en évidence les typologies associées aux comportements violents, bien que l'utilité clinique reste encore à démontrer, selon Capaldi et Kim (2006). Le diagnostic doit être plus aiguisé et précis, car certaines observations laissent croire que les sous-types d'hommes aux comportements violents réagissent différemment aux divers programmes de traitement (Cavanaugh et Gelles, 2005 ; Hamberger, Lohr, Bonge et Tolin, 1996 ; Heyman et Schlee, 2002 ; O'Leary, 1999). Les recherches sur les typologies ouvrent la voie au développement et à l'étude de moyens de prévention et de traitements adaptés à la réalité et à la dynamique des individus. Les intervenants auprès de couples sont aussi appelés à élargir leur rationnel théorique afin d'explorer de nouvelles conceptualisations basées sur la réciprocité de la violence et la complexité de la dynamique conjugale et familiale. Par exemple, Capaldi, Shortt et Kim (2005) proposent un modèle développemental dynamique de la violence envers un partenaire. En combinant les notions typologiques et développementales, leur approche tient compte du processus évolutif et met l'emphase sur : 1) l'examen des caractéristiques des deux partenaires lorsqu'ils ont débuté leur relation et leur évolution au cours de la relation, incluant la personnalité, la psychopathologie, les influences sociales (p. ex., les liens avec les pairs) et le stade développemental individuel ; 2) le contexte de risque et les facteurs contextuels (p. ex., la consommation de drogues et d'alcool, la rupture, la cause de l'agression, la présence des enfants) qui contribuent à l'agression envers un partenaire ; 3) la nature de la relation, principalement les patrons d'interaction établis au début de la relation et ceux qui ont changé avec le temps, ainsi que les facteurs affectant le contexte de la relation.

2. ÉVALUATION DE LA PRÉSENCE ET DE LA GRAVITÉ DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Cette section aborde les différentes composantes de la phase d'évaluation. Les informations à recueillir lors du déroulement de l'évaluation sont présentées. Un modèle décisionnel pour le choix de la thérapie conjugale est également exposé. La présentation des résultats de l'évaluation est abordée. Les options cliniques en présence de la violence conjugale dangereuse, ainsi que les avantages et inconvénients de la thérapie de couple en présence de violence physique sont analysés. Plusieurs cliniciens ont malheureusement reçu peu de formation et ont peu de connaissances sur la violence conjugale. De plus, très peu d'entre eux évaluent ce problème en questionnant explicitement leurs clients (Holtzworth-Munroe, Smutzler et Sandin, 1997). Ainsi, les protocoles d'évaluation, même les moins structurés, devraient considérer les gestes de violence physique, sexuelle, ainsi que la violence psychologique (p. ex., attitudes d'insulte, d'intimidation et de contrôle) à la fois posés par leurs clients et subis par eux. Le degré de mutualité de la violence doit être exploré attentivement. De tels protocoles diagnostiques devraient être utilisés non seulement dans tous les cas de thérapie conjugale (avec des conjoints hétérosexuels et homosexuels), mais également en thérapie individuelle. Des symptômes d'anxiété ou de dépression, un manque de confiance en soi, des comportements de contrôle ou de l'hostilité dans les interactions peuvent dissimuler de la violence conjugale, non seulement de nature physique, mais également psychologique (p. ex., se faire rabaisser, se faire traiter de nul, se faire surveiller). Souvent, le clinicien évalue le fonctionnement de son client selon les axes du DSM-IV, sans se soucier que les symptômes peuvent découler de gestes de violence ou les déclencher. Il doit prêter attention à cette comorbidité. Par exemple, chez la victime de violence, il faut être plus attentif à la dépendance, au manque de confiance et à la résignation acquise. De plus, chez l'homme, il y a une corrélation entre la violence et la consommation d'alcool et de drogue. En fait, de 36 % à 52 % des hommes violents abusent d'alcool (Gelles et Cornell, 1985). De plus, l'alcool et les drogues sont impliqués dans 80 % de tous les cas de violence physique et sexuelle (Shapiro, 1986).

Une relation violente peut durer plusieurs années et les gestes violents s'installent souvent de façon insidieuse. Ainsi, il faut aborder la problématique de la violence conjugale avec beaucoup de doigté, car plusieurs clients ne veulent pas voir, admettre ou encore ne sont pas conscients qu'ils subissent ou émettent de la violence conjugale. Les couples où il y a présence de violence ne sont pas portés à la dévoiler spontanément au début du processus thérapeutique. Il est opportun de normaliser le concept de désaccord dans un couple afin de comprendre leur style de résolution de conflit et le processus d'escalade et la nature des geste coercitifs posés (« Vous savez que dans toute relation intime, il y a des sources de désaccord entre les conjoints. Deux personnes ne peuvent pas toujours penser et agir exactement de la même manière. Quand des désaccords surviennent entre vous, qu'est-ce que vous faites ? ») (Mack, 1989). Toutefois, si le clinicien dispose d'indices clairs de violence conjugale actuelle grave, il doit redoubler de

prudence lorsqu'il est en présence des deux partenaires. Par mesure de sécurité, il est préférable d'effectuer l'investigation détaillée de la violence actuelle grave lors des rencontres individuelles pour deux raisons : 1) la victime peut nier ou diminuer la nature ou l'intensité des gestes violents exprimés par son conjoint par peur de représailles ; 2) la victime peut avoir une fausse impression de sécurité lors des séances de couple et la dénonciation des gestes de violence peut lui attirer des représailles avant que le programme de prévention de la violence dangereuse puisse être mis en place. Dans de tels cas, il est recommandé de ne pas employer le mot « violence » dans la première séance de couple, mais plutôt de poser des questions sur les comportements lors de conflits (Epstein et Baucom, 2002 ; Karpel, 1994). Autrement et en règle générale, l'investigation de la violence commence dès la première rencontre de couple. Comme le tableau 9.1 le suggère, dans la procédure d'investigation de la violence, nous préconisons un style de questionnement direct mais respectueux de chaque individu.

TABLEAU 9.1
Évaluation de la violence lors du premier contact avec les conjoints

1. Qu'est-ce qui se passe quand vous êtes en colère ?
2. Est-ce que vous et votre conjoint montez le ton de voix ou criez ?
3. Est-ce que vous vous criez des bêtises ou des insultes ?
4. Est-ce que vous ou votre conjoint faites quelque chose au moment le plus fort de votre chicane que vous regrettez par la suite ?
5. Lorsqu'il y a escalade dans vos chicanes, est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un de vous ait lancé des objets ou frappé quelque chose (p. ex., dans le mur ou sur la table) ?
6. Lorsqu'il y a escalade dans vos conflits, est-ce qu'il est déjà arrivé qu'un de vous deux ait poussé ou bousculé l'autre ou ait posé tout autre geste physique à son endroit ?

Les professionnels de la santé, au même titre que les chercheurs, se heurtent au manque de données visant à déterminer le niveau de dangerosité des comportements de violence. Il faut garder en tête que la violence peut varier sur un continuum (peu élevée, modérée et élevée) autant au niveau de la gravité et de la fréquence des gestes à caractère violent, qu'au niveau de la psychopathologie et de l'histoire criminelle des individus (Cavanaugh et Gelles, 2005). Quand les types de violence deviennent-ils dysfonctionnels sur le plan clinique ? Au sens de la loi, il ne fait aucun doute que s'en prendre physiquement à son partenaire constitue une voie de fait et, par conséquent, un geste sanctionné par le *Code criminel* canadien. D'ailleurs, la présence de violence physique est souvent identifiée par les spécialistes comme une contre-indication à la thérapie de couple. Par contre, il ne faut pas uniquement se baser sur la simple présence de la violence physique pour mettre un frein à la thérapie de couple ; il faut surtout évaluer le niveau de crainte de la victime, sa sécurité, les représailles exercées par le conjoint violent et l'escalade de la violence.

La violence psychologique est plus tolérée ou acceptable socialement et moins visible (au niveau des blessures) que la violence physique. Il y a lieu de se demander si elle est aussi dangereuse. Il a été démontré que les conséquences de la violence psychologique chez le partenaire (p. ex., la baisse de l'estime de soi, la peur, etc.) semblent être autant ou même plus dévastatrices que celles de la violence physique (O'Leary, 2001). De plus, la violence psychologique précède ou accompagne généralement la violence physique (Murphy et O'Leary, 1989). Par conséquent, un principe de base lors de l'évaluation est qu'une manifestation de violence, même si elle est mineure, est considérée comme de la violence. Ainsi, contrôler sa conjointe et lui interdire de voir ses parents et amis, la menacer de la frapper ou insister jusqu'à ce qu'elle accepte d'avoir des relations sexuelles constitue de la violence.

Le clinicien ne doit jamais oublier que, dans tous les cas où il y a présence de violence conjugale et qu'il y a des enfants à la maison, il doit vérifier si ceux-ci ne sont pas aussi victimes de ces sévices. Il a l'obligation de rapporter ces mauvais traitements à la Direction de la protection de la jeunesse. À tout moment au cours du processus thérapeutique, s'il a suffisamment d'informations indiquant que la vie du conjoint victime ou celle d'une tierce personne (p. ex., un enfant) est en danger, le clinicien doit informer les conjoints qu'en vertu de son code de déontologie professionnelle (s'il fait partie d'un ordre professionnel comme celui de l'Ordre des psychologues du Québec), il a l'obligation de briser la confidentialité et de prendre toutes les disposions pour informer et protéger les personnes concernées (allant même jusqu'à contacter les autorités policières).

L'évaluation en thérapie conjugale doit couvrir à la fois les dimensions relationnelle, interactionnelle et personnelle. Puisque ces éléments sont présentés à l'intérieur du chapitre 2 traitant de l'évaluation, nous allons faire ressortir de ces cibles d'évaluation uniquement les éléments qui contribuent ou qui sont associés au déclenchement des comportements violents. Cette investigation doit être faite auprès des deux conjoints. En ce qui a trait à la dimension relationnelle, il faut évaluer la qualité de l'ajustement conjugal et ainsi voir l'état de détérioration de la relation et la stabilité de la relation compte tenu de la présence de comportements violents. La fréquence et la qualité des relations sexuelles ainsi que le type de pratiques sexuelles permettent aux thérapeutes d'évaluer le niveau de rapprochement, de distanciation, de déviance ou de coercition des partenaires. Également, il faut déterminer les sources de désaccord et surtout celles qui déclenchent ou exacerbent les comportements violents.

Sur le plan des interactions entre les conjoints, il est important de déceler les patrons de communication fonctionnels et dysfonctionnels (p. ex., l'insistance d'un conjoint à vouloir communiquer ou régler un différend avec son partenaire et les réaction d'évitement ou de fermeture de ce dernier), ainsi que les habiletés ou les déficits à bien gérer les conflits. Il faut être attentif aux attributions de la causalité, de la responsabilité et du blâme exprimées par chaque conjoint pour expliquer les désaccords conjugaux, ses propres comportements et ceux du partenaire. En ce qui concerne la

dimension personnelle et compte tenu des sous-types d'hommes aux comportements violents présentés plus haut, il faut bien évaluer l'histoire développementale et familiale, la personnalité, l'état de santé mentale (p. ex, la dépression), les éléments de psychopathie (p. ex., l'impulsivité, la manipulation), la dépendance (alcool, drogues, jeu), la gestion des émotions et les distorsions cognitives à l'égard du partenaire et de la relation.

De plus, une évaluation du style d'attachement du client est nécessaire afin de bien comprendre la façon dont son système d'attachement est activé et les mécanismes utilisés pour composer avec l'anxiété présente dans sa relation d'attachement. Elle permet de poser certaines hypothèses concernant l'étiologie de la violence (Sonkin et Dutton, 2002). La détermination du style d'attachement des répondants se fait à partir de la combinaison de deux échelles, soit l'anxiété ressentie face à une crainte ou une menace d'abandon et l'évitement de l'intimité. Ainsi, un niveau faible d'anxiété et d'évitement conduit à classifier l'individu comme ayant un style d'attachement sécurisant. Par ailleurs, un niveau élevé d'anxiété et d'évitement correspond au style craintif. Un niveau faible d'anxiété et un niveau élevé d'évitement dénotent un style détaché. Finalement, un niveau élevé d'anxiété et un niveau faible d'évitement révèlent un style préoccupé.

Selon la technique utilisée par le clinicien, ces cibles peuvent être explorées à partir d'entrevues semi-structurées. Les outils d'évaluation tels que les questionnaires offrent un complément d'information permettant au clinicien de mieux estimer l'intensité et la dangerosité des gestes de violence posés, ainsi que de mieux évaluer les possibilités de traitement. Dans une étude, O'Leary, Vivian et Malon (1992) ont observé que seulement 6 % des femmes présentaient la violence comme étant un problème lors de l'entrevue d'accueil. Au cours de l'entretien individuel qui incluait un questionnement direct sur la violence conjugale, 44 % des femmes rapportaient la présence de violence physique perpétrée par leur conjoint. Ce pourcentage augmentait à 55 % lorsqu'on leur demandait, par la suite, de répondre à un questionnaire sur la violence. Donc, la diversité des sources d'évaluation est importante. Par exemple, un des instruments les plus utilisés pour évaluer la violence est le questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux (CTS2 ; The Revised Conflict Tactics Scales) (Straus, Boney-Coy et Sugarman, 1996, traduit par Lussier, 1997). Il contient 78 items permettant de noter la présence de violence conjugale psychologique, physique et sexuelle subie ou émise par chacun des partenaires d'un couple au cours de la dernière année et dans le passé. Le nombre moyen d'épisodes de violence (de 1 à plus de 20 fois), de même que la gravité de cette violence (violence mineure et violence grave) sont évalués. Les items sont répartis en cinq sous-échelles mesurant la violence subie par le participant et cinq sous-échelles évaluant la violence émise par le répondant. Les sous-échelles sont la négociation (12 items), l'agression psychologique (16 items), l'assaut physique (24 items), la coercition sexuelle (14 items) et les blessures infligées ou subies (12 items). Dans les versions anglaise et française, le CTS2 obtient de bons indices de fidélité (Lafontaine et Lussier, 2005a ; Straus *et al*., 1996).

Murphy et Hoover (1999) ont développé un autre instrument qui permet une évaluation multidimensionnelle de la violence psychologique (Emotional Abuse Scale). Il comprend 54 items, se regroupant en quatre sous-échelles : l'isolation restrictive (*restrictive engulfment*) (13 items), le retrait hostile (9 items), le dénigrement (17 items), la domination/intimidation (15 items). Chacune de ces dimensions obtient un coefficient de cohérence interne supérieur à 0,83.

L'attachement adulte peut être évalué à l'aide de différents systèmes d'entrevue, tels que l'Adult Attachement Interview (AAI, George, Kaplan et Main, 1996 ; Main et Goldwyn, 1998) ou le Secure Base Scoring System for Adults (Crowell, Gao, Pan, O'Connor et Waters, 1995 ; Crowell et Treboux, 1995). Il peut être évalué aussi à l'aide de questionnaires, tels que le Relationships Questionnaire (Bartholomew et Horowitz, 1991 ; questionnaire traduit et validé par Lussier, 1992), ainsi que l'Experiences in Close Relationships Questionnaire (Brennan, Clark et Shaver, 1998 ; questionnaire traduit et validé par Lafontaine et Lussier, 2003). Par exemple, ce dernier questionnaire contient 36 items répartis en deux dimensions : l'évitement de l'intimité et l'anxiété d'abandon.

2.1. Déroulement de l'évaluation

Avant d'initier une première rencontre avec le couple, il est recommandé de faire un bon dépistage au téléphone de la violence qui sévit au sein du couple. La majorité des thérapeutes de couple ne procèdent pas à une telle investigation. Toutefois, notre expérience nous porte à croire qu'il y a de multiples avantages à faire un tel dépistage. Cette première évaluation de la nature et de la gravité de la violence permet au clinicien : 1) d'évaluer s'il possède les compétences et une formation adéquate pour intervenir en fonction du problème ; 2) de mettre en place les premières interventions de crise et référer rapidement la victime si sa sécurité est compromise ; 3) de recommander à l'agresseur un traitement individuel avant une éventuelle thérapie de couple ou en parallèle à celle-ci ; 4) de recueillir les informations lui permettant de se prononcer sur les indications et contre-indications à la thérapie conjugale. Par contre, il peut y avoir des inconvénients à aborder le thème de la violence dès le premier contact téléphonique. Puisqu'elle ne connaît pas encore le thérapeute et qu'elle ne l'a jamais rencontré, la victime peut se sentir réticente à aborder un sujet si délicat ou encore elle peut apporter une description erronée de la nature, de l'intensité et de la fréquence de la violence subie par peur d'être jugée. De plus, elle peut être indisposée à parler de violence au téléphone si son conjoint est près d'elle, par crainte de représailles. Un dépistage téléphonique ne remplace pas une évaluation directe avec la victime. Par contre, l'exemple suivant illustre les raisons du recours à cette procédure.

Vignette clinique – Mélissa et Roger

Roger est enseignant et Mélissa travaille dans le domaine des communications. Ils ont été référés en thérapie conjugale par l'avocat de Roger. Lors d'un incident de violence physique grave, partiellement sous l'influence de l'alcool, Roger a frappé Mélissa, qui était enceinte de trois mois, au visage et l'a poussée dans l'escalier. Les voisins ont porté plainte (le couple avait régulièrement des engueulades et le bruit leur a fait supposer la présence de violence physique). Les policiers, en constatant les blessures sur Mélissa, ont arrêté Roger immédiatement, même si Mélissa ne voulait pas porter plainte. Elle disait l'avoir provoqué parce qu'elle lui avait posé beaucoup de questions sur son horaire, en l'accusant d'avoir une aventure. Le juge a accepté de retarder le procès en attendant que le couple commence une thérapie conjugale avec un « spécialiste ». Le clinicien a refusé de rencontrer le couple, voulant d'abord compléter une entrevue téléphonique avec les deux partenaires et, si nécessaire, une rencontre individuelle avec chacun. Lors de l'entretien téléphonique avec Mélissa, le clinicien s'est assuré qu'elle se sentait libre et en sécurité (en vérifiant si le conjoint était à la maison) pour répondre à des questions sur la violence subie. Les thématiques suivantes ont été explorées : les items clés de violence liés à la fréquence, la dangerosité ; le patron de comportements violents, les blessures (qui se retrouvent pour la plupart dans le questionnaire CTS2) et l'histoire de violence (dans l'enfance et depuis le début de leur relation), les stratégies de prévention mises en place, ainsi que les démarches en thérapie individuelle. À la suite des réponses fournies par Mélissa et pour tenter d'éviter de futurs incidents, le clinicien l'a informée sans délai que la thérapie de couple ne serait pas, pour des raisons de sécurité pour elle, une option valable à envisager à court terme. Mélissa devait suivre une thérapie individuelle, entre autres, pour changer sa dépendance affective. Roger devait compléter une thérapie spécifiquement destinée aux hommes violents (deux programmes bien établis dans sa région ont été recommandés). Toutefois, le clinicien a exprimé le désir de s'entretenir au téléphone avec Roger, afin de connaître sa vision et de prendre une décision au terme de cet entretien téléphonique. Quelques heures plus tard, l'avocat de Roger a rappelé en tentant d'expliquer au clinicien que tout entretien individuel par téléphone avec l'un ou l'autre des conjoints était un gaspillage de temps et que la date du procès de Roger était très proche. Selon ses dires, si le juge le trouvait coupable, le clinicien y aurait contribué par ses exigences non raisonnables. Ainsi, la mère et l'enfant à naître seraient privés de Roger. Le clinicien a répété à l'avocat sa position face aux indications et contre-indications de la thérapie conjugale en cas de violence conjugale, offrant de lui envoyer une documentation sur le sujet (Réseau canadien de la santé, 2007). Il lui a aussi offert sa disponibilité à compléter un entretien téléphonique avec Roger dans la journée. Roger n'a jamais téléphoné et le clinicien n'a jamais reçu d'autres nouvelles.

Au début de la phase d'évaluation, il y a une ou deux rencontres en présence des deux membres du couple (durée totale d'environ 1 h 30). Par la suite, chaque partenaire doit être rencontré individuellement. Il faut mettre en place un climat de confiance et une alliance afin que chaque conjoint puisse dévoiler plus facilement les agressions subies et commises. La victime pourra ainsi rapporter des situations conjugales faisant référence aux trois phases souvent observées dans le déclenchement de la violence : l'augmentation de la tension, l'explosion de la violence et la période d'amour ou ce que l'on appelle la lune de miel (pour faire pénitence). Également, le thérapeute pourra évaluer le niveau de divergence dans la perception de la violence (fréquence et intensité) par les deux partenaires. Généralement, les informations rapportées par la femme sont plus précises que celles de l'homme. Après les rencontres individuelles, l'intervenant revoit le couple pour lui présenter ses recommandations en ce qui a trait au fonctionnement des conjoints et au traitement.

A. L'entrevue individuelle auprès de la victime

L'entrevue avec la victime (ou les victimes dans le cas de violence réciproque) doit permettre de dresser un tableau de la violence subie. Le tableau 9.2 apporte des exemples de questions (Karpel, 1994). Si des questionnaires d'évaluation sont utilisés, les questions ne doivent pas être redondantes, mais plutôt complémentaires. Il est important de recueillir des informations sur le premier incident de violence, l'incident typique, le pire incident et le dernier incident (Walker, 1991). Il faut explorer la fréquence, la nature et l'intensité de ces événements violents. Il est primordial d'évaluer la présence de désordres psychologiques chez la victime (p. ex., l'état de stress posttraumatique, la dépression, l'anxiété, la résignation acquise, la peur, la honte, l'estime de soi, les difficultés à faire confiance, les dommages neurologiques). Il est important d'explorer si la victime se sent ou sent ses enfants en danger. La présence d'armes à feu à la maison doit être examinée. Si la victime n'est pas en sécurité, le clinicien doit l'assister ou entreprendre avec elle des démarches pour qu'elle et ses enfants puissent être en sécurité (p. ex., mettre en place un plan pour quitter la maison et chercher de l'aide auprès d'une maison d'hébergement). Son réseau social doit être exploré et, s'il y a lieu, être sollicité pour la soutenir. Si elle se sent en danger, mais qu'elle ne veut pas quitter son conjoint, le thérapeute doit lui expliquer les risques de demeurer dans cette relation, le cycle de la violence (intensification de la violence et de la peur à chaque répétition du cycle) et l'encourager à prendre contact avec une maison d'hébergement. Bien entendu, dans un tel cas, la thérapie de couple est contre-indiquée. Le clinicien doit exprimer de l'empathie, la victime étant particulièrement sensible aux réactions des autres à son égard. S'il est impatient, sceptique, horrifié et qu'il n'essaie pas de la comprendre, la femme peut donner une version favorable de son histoire. Enfin, le clinicien doit parler avec respect du partenaire violent, sans le dénigrer ou le rabaisser, car la victime a souvent un profond attachement émotionnel envers son conjoint (Harway et Hansen, 2004).

TABLEAU 9.2
Entrevue individuelle auprès de la victime

Questions pouvant être posées à la victime
1. Est-ce que vous avez déjà ressenti que votre partenaire était hors de contrôle ?
2. Comment, quand et où les agressions ou batailles débutent-elles ?
3. Est-ce que votre conjoint vous a déjà insultée, dénigrée, humiliée ou ridiculisée ?
4. Est-ce qu'il vous a déjà menacée, poussée, frappée ou agrippée ?
5. Si oui, quelles parties de votre corps attaque-t-il ?
6. Est-ce qu'il y avait consommation d'alcool ou de drogues lors des agressions (de votre part ou de la part de votre partenaire) ?
7. Avez-vous déjà été blessée ou avez-vous eu des bleus ?
8. Avez-vous déjà été obligée de consulter un médecin ?
9. Est-ce que votre conjoint vous a déjà forcée ou obligée à avoir des relations sexuelles ?
10. Est-ce que vous vous sentez en danger (peur d'être tuée) avec votre conjoint ?
11. Avez-vous déjà été victime de violence au cours de votre enfance ou de votre adolescence ?
12. Comment répondez-vous ou réagissez-vous à la violence que vous subissez ?
13. Dans votre entourage, qui est au courant de votre situation de violence ?
14. Comment réagissent vos enfants au climat de violence ?

B. L'entrevue individuelle auprès du conjoint violent

Lors de l'entrevue individuelle, il faut poser les mêmes questions au conjoint violent qu'à la victime. Le tableau 9.3 propose d'autres dimensions à explorer. Le clinicien doit évaluer le fonctionnement de sa personnalité et la dépendance à l'alcool et aux drogues. Les informations sur les sous-types d'hommes violents présentées plus haut pourront guider cette investigation. Dans cette entrevue, il faut aussi regarder s'il y a des actions particulières de la conjointe qui augmentent la probabilité qu'il soit violent (sans pour autant supposer qu'il y a des comportements qui justifient la violence). Il faut garder en tête que pour bien paraître aux yeux du thérapeute (phénomène de désirabilité sociale), l'homme aura tendance à sous-estimer ou à déformer les détails et les conséquences de sa violence. La description des gestes violents par l'agresseur est souvent vague. Le clinicien doit alors demander des précisions (« lorsque vous dites que la situation s'est détériorée et que vous avez perdu le contrôle, qu'est-ce que vous avez fait exactement ? ») (Heyman et Neidig, 1997). En s'appuyant sur l'approche cognitive (voir le chapitre 6), le clinicien pourra être attentif et relever les attributions souvent invoquées à titre d'excuses (« je n'ai fait que me protéger » ; « je suis violent parce que j'ai été battu par mes parents »), les croyances irréalistes concernant les comportements violents (« je suis incapable de me contrôler » ; « une femme ne doit jamais contredire

TABLEAU 9.3
Entrevue individuelle auprès de l'agresseur

Dimensions additionnelles pouvant être évaluées chez l'agresseur
1. Témoin d'abus ; histoire d'abus durant l'enfance
2. Antécédents de violence (casier judiciaire, comportements antisociaux)
3. Attachement obsessifs (« je ne peux vivre sans elle »)
4. Jalousie pathologique
5. Besoin de contrôler sa conjointe (p. ex., ses déplacements ou l'isoler de ses amis et de sa famille)
6. Réactions narcissiques (p. ex., perte d'emploi ; expression de rage sans perte ; histoire de violence dans ses autres relations avec les hommes et les femmes)
7. Problèmes et dépendance (alcool, drogues, jeu compulsif)

son mari ») et celles qui s'expriment sous formes de promesses de la part de l'agresseur (« je ne recommencerai plus, je te le jure »), ainsi que les distorsions cognitives (« si elle parle à d'autres personnes, elle risque de me quitter » ; « tout ce qu'elle fait, ce n'est que pour me provoquer »). Également, il est important d'évaluer la motivation de l'agresseur à vouloir changer et sa capacité à reconnaître ses comportements violents. Le clinicien ne doit jamais perdre de vue, lorsqu'il recueille des informations sur l'anamnèse des conjoints, que le meilleur prédicteur de la violence conjugale future est le comportement violent passé (Walker, 1996).

Si la femme est le conjoint violent ou se retrouve dans une relation de violence réciproque, il est important de bien identifier comment les altercations ont été déclenchées et qui les a initiées et d'interroger la conjointe sur les motifs de son geste (blesser, se défendre, intimider).

2.2. Modèle décisionnel pour le choix de la thérapie conjugale

Il apparaît pertinent de présenter au clinicien un modèle décisionnel pour l'aider à poser le bon geste clinique lors de la phase d'évaluation quant à la pertinence de la thérapie de couple pour traiter la violence d'un partenaire ou des deux (TCV) ou d'une thérapie individuelle (TI) pour traiter les comportements violents de l'agresseur ou les comportements de la victime. Le modèle tient compte de cinq formes de violence qui évoluent sur le continuum de la dangerosité (voir le tableau 9.4). Les formes de violence psychologique et physique sont prises en compte. La violence sexuelle implique habituellement des menaces ou pressions psychologiques ou des contraintes.

TABLEAU 9.4
Continuum de violence et recommandation pour la thérapie conjugale

Type de violence	Traitement en thérapie conjugale
1. Violence psychologique, sans violence physique. • violence psychologique mineure • violence psychologique grave	 Recommandé Recommandé sous conditions
2. Violence psychologique et violence physique sporadiques dans le passé	Recommandé sous conditions
3. Violence physique actuelle mais mineure	Recommandé sous conditions
4. Violence physique grave dans le passé, mais qui n'est plus active	Recommandé sous conditions
5. Violence physique actuelle grave ou potentiellement dangereuse	Non recommandé

Le processus conduisant à la recommandation ou non de la TCV (colonne de droite) est basé sur la bonne connaissance du clinicien : *a)* des facteurs de risque de dangerosité ; *b)* des divers choix cliniques disponibles en cas de violence conjugale dangereuse ; *c)* des avantages et inconvénients de la TC en cas de violence conjugale dangereuse. Ce processus décisionnel tient compte de nombreux facteurs qui doivent être évalués minutieusement. Nous en avons recensé 24 dans le tableau 9.5. Pour évaluer l'intensité d'un facteur, nous proposons une échelle en quatre points (0 = absence de comportement, 1 = présence faible, 2 = présence modérée, 3 = présence forte). Ainsi, la décision de recommander la TCV au tableau 9.4 se fonde sur l'évaluation des facteurs énumérés au tableau 9.5. Les six premiers facteurs portent directement sur la dangerosité des gestes de violence physique. La présence d'un seul des six premiers facteurs reçoit automatiquement une cote de 3 et constitue instantanément une contre-indication à la TCV pour traiter cette problématique (ces facteurs sont associés au type de violence dangereuse ou potentiellement dangereuse au tableau 9.4). Dans de tels cas, le traitement individuel de chaque conjoint est recommandé. Une fois ce traitement complété et réussi par chaque partenaire (ce qui correspond au type de violence 4 du tableau 9.4), le traitement en couple peut être recommandé sous conditions qu'il y ait peu de facteurs du tableau 9.5 (de 7 à 24) d'intensité modérée à forte. Le facteur 7 est un indicateur important de la violence physique potentielle. La violence est présente, mais elle n'atteint pas encore la victime physiquement. Les gestes sont menaçants et sont potentiellement dangereux. Il faut évaluer attentivement la capacité de contrôle de l'agresseur (une faible capacité reçoit la cote 3), qui déterminera si la TCV est recommandée ou non. À l'instar des six premiers facteurs, une cote de 3 constitue une contre-indication à la TCV. Si le facteur 7 est d'intensité modérée et qu'il accompagne la violence psychologique grave, la TCV n'est pas recommandée. Chez les couples qui présentent de la violence psychologique mineure et peu fréquente ou qui évoquent un ou quelques épisodes

sporadiques de violence physique dans le passé, une TCV sans avoir suivi un traitement individuel serait appropriée (Cascardi et O'Leary, 1992). Si les facteurs 8 à 24 sont absents ou obtiennent des cotes faibles (cote = 1), ces couples afficheraient des difficultés davantage relationnelles au niveau de leurs habiletés de communication et de résolution de problèmes et il serait ainsi possible d'intervenir afin que la violence ne dégénère pas en incidents plus graves. Dans le cas de la violence psychologique grave, elle peut être traitée en thérapie conjugale. Toutefois, si la victime rapporte des cotes élevées au facteur 17 (une crainte intense à l'égard de son conjoint) ou 18 (une grande vulnérabilité psychologique), il est préférable de recommander une thérapie individuelle avant d'entreprendre une TCV. Si les cotes sont faibles (cote = 1), mais qu'elles sont présentes pour au moins cinq facteurs, la TI est recommandée avant la TCV. La présence du facteur 23 (carence au niveau des habiletés relationnelles, du jugement ou de l'intelligence) doit être évaluée avec circonspection avant de juger de la pertinence d'un traitement. En somme, l'intensité ou encore le nombre de facteurs présentés au tableau 9.5 peut influencer la décision concernant le choix de la TCV pour le traitement des formes de violence du tableau 9.4.

Pour terminer, nous désirons aborder une réalité que les intervenants en contact avec la violence conjugale peuvent vivre ou ressentir : la préoccupation pour leur propre sécurité. Elle correspond au facteur 24 du tableau 9.5. Il y a très peu de documentation sur ce sujet. Toutefois, les menaces subtiles et directement verbalisées au thérapeute (insultes psychologiques et menaces physiques) et à la thérapie sont possibles. En voici quelques exemples : *a)* « quand les gens me provoquent, ils savent que je peux devenir mauvais » ; *b)* « je pourrais vous poursuivre si vous refusez de nous traiter ou si vous dites que je suis violent (y compris quand c'est la femme qui est violente) » ; *c)* « je pourrais me tuer et tuer ma femme pour salir votre réputation (conduite automobile désorganisée et dangereuse) » ; *d)* « votre intervention ne vaut rien » ; *e)* « vous avez peur de moi et vous exagérez ma violence » ; *f)* « je sais où vous habitez » ; etc. Selon notre expérience, les hommes violents ayant une personnalité antisociale ou état-limite peuvent utiliser ce type de menace et plus souvent envers les thérapeutes féminins. Ces menaces ne doivent jamais être prises à la légère. Nous insistons sur le fait que la maîtrise des différents éléments du protocole diagnostique est importante non seulement pour le bien-être des conjoints mais aussi pour celui de l'intervenant. Si un clinicien craint pour sa sécurité, il est préférable de ne pas poursuivre la thérapie de couple, de référer le conjoint violent à un centre de traitement spécialisé ou de travailler en cothérapie (dyade mixte).

2.3. Présentation des résultats de l'évaluation

Le protocole d'évaluation de la violence conjugale d'un couple se base sur les six mêmes questions que celui exposé au chapitre 2 pour l'évaluation générale de tout problème conjugal : 1) Quelle est la nature et la gravité des problèmes ? 2) Est-ce qu'une intervention conjugale est appropriée pour le couple ? 3) Si oui, quels renseignements seront livrés au

TABLEAU 9.5
Facteurs associés à la violence conjugale dangereuse

Facteurs de risque de dangerosité	Évaluation (cote de 0 à 3)
1. Blessures causées au conjoint à plus de deux reprises durant les douze derniers mois	
2. Blessures aux enfants à plus de deux reprises durant les douze derniers mois	
3. Représailles ou menaces de blessures, de suicide ou d'homicide	
4. Comportements sadiques (p. ex., tortures, brûlures, jeûne ou privation de sommeil)	
5. Utilisation d'une arme pour menacer ou blesser ou utilisation d'arts martiaux pour menacer ou blesser	
6. Viol ou relations sexuelles forcées	
7. Lancer ou briser des objets ou frapper quelque chose (p. ex., dans le mur ou sur la table)	
8. Critiques, insultes ou intimidation	
9. Comportements possessifs, domination ou contrôle par la coercition	
10. Alcoolisme ou toxicomanie	
11. Interventions de personnes extérieures au couple lors d'incidents de violence conjugale	
12. Casier judiciaire ou intervention policière pour violence à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison	
13. Dépendance, jalousie ou obsession envers le conjoint	
14. Personnalité limite (incapacité à faire confiance à son conjoint à cause de pensées paranoïdes ou de jalousie pathologique)	
15. Personnalité antisociale (impulsivité, manipulation, criminalité, antécédents de cruauté envers les animaux)	
16. Non-acceptation de la responsabilité face à ses comportements violents, absence de remords pour le mal causé ou absence de motivation à changer	
17. Sentiments de peur chez la victime à l'égard de l'agresseur, de crainte d'être tuée ou de blâme personnel pour la violence de son conjoint	
18. Vulnérabilité psychologique de la victime (p. ex., faible estime de soi, difficulté d'affirmation, soumission, résignation acquise, état de stress posttraumatique)	
19. Stresseurs multiples dans la famille (p. ex., pauvreté, perte d'emploi, famille recomposée, enfant malade)	
20. Faible réseau de soutien social	
21. Milieu social qui encourage la violence	
22. Antécédents de mauvais traitements au cours de l'enfance	
23. Carence au niveau des habiletés relationnelles, du jugement ou de l'intelligence	
24. L'intervenant ne se sent pas en sécurité	

couple ? 4) Quel mandat thérapeutique ou quelle séquence potentielle de mandats thérapeutiques pourraient répondre aux besoins de chacun des conjoints et à la situation du couple ? 5) Quelle serait la série d'objectifs possibles et de cibles d'intervention spécifiques à chacun des mandats négociés ? 6) Est-ce que d'autres interventions psychologiques ou médicales seraient nécessaires pour l'un ou l'autre des conjoints ? Ainsi, la présentation des résultats de l'évaluation doit tenir compte des réponses à ces questions.

La présence ou les soupçons de violence conjugale dangereuse constituent un défi complexe, puisque les erreurs de jugement clinique peuvent avoir des conséquences graves. Comment présenter un diagnostic de violence aux femmes et aux hommes qui en font usage, mais qui n'étiquettent pas de tels comportements comme de vrais comportements de violence ? Ou encore, comment donner une rétroaction sur les gestes violents si le motif de consultation et les objectifs de changement des conjoints sont d'un tout autre ordre ? L'intervenant doit être bien outillé pour parer à ce genre de situation. Il se doit de conscientiser les partenaires sur la présence de violence dans leur couple, tout en préservant les objectifs thérapeutiques et l'alliance qu'il a créés avec les deux conjoints. Il doit leur faire comprendre que toute violence est inacceptable et dommageable pour la relation (Karpel, 1994). S'il juge que le manque d'ouverture des conjoints devant la reconnaissance de la violence est une embûche majeure à l'atteinte des objectifs thérapeutiques, il doit mettre fin à la thérapie en expliquant clairement sa position au couple. Si la violence est grave, il y aura prise en charge de la victime lors de la séance individuelle. Le modèle décisionnel pour le choix de la thérapie conjugale aidera le clinicien à faire un choix éclairé.

2.4. Options cliniques en présence de la violence conjugale dangereuse

Lors de la phase d'évaluation, lorsque le clinicien a des doutes raisonnables sur la présence de violence conjugale dangereuse, plusieurs options s'offrent à lui afin de poser les gestes adéquats qui réduiront les risques de danger chez la victime et augmenteront sa sécurité, sans créer de faux espoirs tant chez la victime que chez l'agresseur. Il faut :

1. effectuer un dépistage téléphonique avant de rencontrer les conjoints ;
2. réaliser des évaluations individuelles, sans promettre de rencontres de couple et sans prendre position sur le projet futur du couple ;
3. suggérer à la victime, lors de l'entrevue individuelle, de contacter la police et, s'il s'agit d'une femme, de se rendre immédiatement à un centre d'hébergement ;
4. informer l'agresseur, lors de l'entrevue individuelle, qu'il doit cesser ses comportements de VC et, s'il y a danger pour la vie de la victime, lui signifier votre obligation éthique de contacter le service de police ;
5. suggérer à l'agresseur, lors de l'entrevue individuelle, de chercher une aide spécialisée appropriée dans le traitement de sa violence ;

6. effectuer une évaluation du fonctionnement du couple sans promesse d'offrir une TC ;
7. offrir une TC pour la violence, mais en spécifiant les conditions minimales rédigées dans un contrat.

2.5. Avantages et inconvénients de la thérapie de couple en présence de violence physique (TCVP)

Il est important de savoir qu'il y a des avantages et des inconvénients à l'utilisation de la thérapie conjugale en présence de violence physique au sein du couple. Ce débat persiste depuis des années et il est encore d'actualité. Le clinicien doit en prendre connaissance pour utiliser la meilleure option dans le traitement de la violence. Il n'y a pas d'entente claire entre les professionnels sur la meilleure façon d'intervenir. En général, les tenants de l'approche féministe s'opposent systématiquement à la TC si toute forme de violence n'a pas cessé complètement (Walker, 1996), alors que des cliniciens appartenant à l'approche systémique (Guerin, Fay, Burden et Gilbert Kautto, 1987) ou à l'approche de couple cognitive-comportementale (Epstein et Baucom, 2002) sont en faveur de la TC dans des conditions très bien définies.

Les intervenants qui s'opposent à la thérapie de couple font valoir plusieurs raisons telles que le climat de terreur dans lequel la femme se retrouve, sans compter le danger imminent de représailles par son conjoint, et le fait de laisser croire à la femme qu'elle a une certaine responsabilité puisqu'elle participe à la thérapie. Même si le thérapeute confirme verbalement la non-responsabilité de la femme pour les agressions physiques commises par l'homme, la présence de cette dernière dans une séance de couple indique implicitement qu'elle a la responsabilité d'apporter des solutions. En thérapie conjugale, la violence physique est souvent placée dans un contexte plus large de multiples problèmes dyadiques et individuels. Elle communique un message implicite aux deux conjoints, à savoir que la non-violence de l'homme est négociable, selon leur habileté à communiquer, leur capacité d'éviter des situations à risque, etc. L'homme peut sentir qu'il n'est pas obligé de cesser immédiatement la violence physique ; en parallèle, la femme peut être trop compréhensive ou se sentir trop coupable. Le fait d'offrir des séances de couple envoie le message implicite que l'intervenant favorise la continuation de leur relation de couple, en dépit de tous les signes pouvant indiquer la faible probabilité d'améliorer leur dynamique de couple. La plupart des cibles thérapeutiques pour l'homme violent et pour la femme victime sont plus faciles à atteindre en thérapie individuelle. De façon non intentionnelle, la conjointe d'un homme violent peut, lors des séances de couple, ralentir les changements du conjoint, d'une part, en ayant trop de compréhension ou de compassion et, d'autre part, en utilisant de la violence psychologique, verbale ou physique. Enfin, la majorité des intervenants n'ont ni l'information ni les conditions de travail leur permettant de garantir la sécurité de la femme ou d'empêcher une escalade lors de la thérapie conjugale pour la violence.

Les intervenants qui sont en faveur de la thérapie conjugale font appel à des arguments tels que le désir des deux partenaires de poursuivre leur relation, l'existence d'une violence bidirectionnelle, la présence d'une dynamique relationnelle qui contribue à exacerber la violence de l'agresseur. La TC offre une occasion unique d'atteindre les objectifs suivants : *a)* reconnaître et changer les cycles interactifs répétitifs qui précèdent la violence ; *b)* apprendre à l'agresseur à reconnaître les émotions et cognitions qui accompagnent ses comportements abusifs ; *c)* développer des comportements alternatifs à la violence (p. ex., communiquer un besoin de se distancer émotionnellement ou physiquement de sa femme (*time-out*), utiliser la résolution de problèmes, etc.) ; *d)* apprendre à la victime à détecter les signaux d'une escalade menant à des risques de violence (p. ex., la colère, l'impatience, le questionnement, etc.) de façon à entreprendre rapidement des démarches d'autoprotection ; *e)* aider les deux conjoints à reconnaître l'escalade dyadique et cyclique des comportements, cognitions et émotions qui précèdent la violence, et ainsi initier ensemble des changements ; *f)* permettre au clinicien de compléter avec minutie une évaluation des éléments dyadiques et du contexte de la violence, ainsi que de son évolution dans le temps ; *g)* soutenir l'utilisation de stratégies thérapeutiques de nature dyadique (p. ex., exercice en couple, rétroaction, vidéo, *modeling*, mise en scène expérimentale, contrats entre conjoints, etc.) ; *h)* travailler avec le couple sur des thématiques conflictuelles en présence du thérapeute ; *i)* communiquer simultanément les mêmes messages aux deux conjoints, évitant ainsi les confusions inévitables émanant de deux thérapies individuelles parallèles ; *j)* faciliter les changements au niveau du fonctionnement familial avec la collaboration des deux conjoints ; *k)* enfin, gérer adéquatement les facteurs de risque évoqués par plusieurs cliniciens qui sont contre la TC en sélectionnant avec plus de rigueur les couples qui sont aptes à suivre une TC et en mettant en place des conditions d'intervention sécuritaires et efficaces.

En somme, l'évaluation de la violence conjugale repose sur une série de choix cliniques qui tiennent compte directement du plan, des cibles et des stratégies d'intervention les plus efficaces.

3. INTERVENTION EN PRÉSENCE DE VIOLENCE CONJUGALE

Jusqu'à présent, les programmes de thérapie en couple pour contrer la violence (TCV) (Brannen et Rubin, 1996 ; Epstein, Baucom et LaTaillade, 2006 ; Hamel, 2005 ; Heyman et Neidig, 1997 ; O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart et Murphy, 2004 ; O'Leary, 1996 ; O'Leary, Heyman et Neidig, 1999 ; Stith, Rosen, McCollum et Thomsen, 2004) démontrent une assez bonne efficacité du traitement. Il y a une réduction de la violence physique, même à la suite d'une relance six mois après le traitement. Dans une recension de 25 études cliniques, Bouchard et Lee (1999) rapportent un taux de succès variant entre 53 % et 85 %. Toutefois, la taille des échantillons dans ces études n'est pas très élevée. De plus, les similitudes et les différences dans les conditions de pratique de la thérapie conjugale et dans le niveau d'expérience des cliniciens dans les études

répertoriées sont généralement difficiles à cerner (voir le chapitre 17). L'intervenant qui désire travailler en TCV doit se demander s'il a autant d'expérience, s'il œuvre dans les mêmes conditions d'intervention et s'il utilise les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion des couples que ceux qui sont mis de l'avant dans les études recensées. En somme, il faut être prudent avant de tirer de réelles conclusions sur l'efficacité des TCV.

3.1. Thérapie individuelle

Quand il y a un risque de récidive de la violence physique, la majorité des cliniciens qui offrent la TCV recommandent la thérapie conjugale seulement lorsqu'un traitement individuel pour chaque personne a été réalisé et qu'il y a assurance d'un arrêt de la violence (Epstein et Baucom, 2002 ; Rosenbaum et O'Leary, 1986, Walker, 1996 ; Wright et Sabourin, 1985). Idéalement, le clinicien doit être en mesure de référer tant l'agresseur que la victime à un organisme qui offre une gamme de services spécialisés en violence conjugale. Pour les hommes à comportements violents, il existe des organismes spécialisés en traitement de la violence masculine (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2004b). Il nous apparaît important que les programmes offerts couvrent les cibles généralement identifiées dans la documentation (Murphy et Eckhardt, 2005). Il est aussi préférable que les victimes de violence conjugale, souvent les femmes, aient cheminé face à cette problématique qu'elles subissent. Que ce soit en raison d'événements traumatiques violents subis au cours de l'enfance, d'une tolérance ou d'une soumission aux gestes violents posés sur elles au fil des années de couple, les maisons d'hébergement offrent soutien et thérapie aux femmes victimes de violence conjugale (Centre national d'information sur la violence dans la famille, 2004a). La thérapie individuelle peut être aussi envisagée.

Le clinicien qui prend la décision d'offrir la TCV, soit en continuité avec les programmes d'intervention individuelle ou en parallèle avec ceux-ci, doit s'assurer : *a)* de la qualité du modèle et du programme d'intervention, ainsi que des compétence des intervenants (en thérapie individuelle et dans les organismes communautaires) ; *b)* de l'accès à la transmission (avec le consentement écrit des clients) d'informations relatives aux résultats des évaluations systémiques, du cheminement et du fonctionnement avant et après les interventions individuelles ou de groupe réalisées auprès de l'agresseur et de la victime ; *c)* de la possibilité d'échanges diligents (p. ex., dans la même journée) d'informations entre les intervenants au dossier lorsqu'il y a changement dans le statut d'un facteur de risque.

3.2. Thérapie de couple

Généralement, les programmes d'intervention en TCV les plus connus et ayant fait l'objet d'une évaluation empirique sont très structurés. Le programme de traitement conjugal de l'agression physique (Physical Aggression Couples Treatment, PACT), comprenant 14 séances, a été mis au point par Heyman et Neidig (1997 ; Heyman et Schlee,

2002). Il peut être administré en format de groupe de couples ou avec un seul couple. Ce programme a fait l'objet d'évaluations empiriques (Heyman et Neidig, 1997 ; O'Leary *et al*., 1999). Un autre programme d'intervention (The Couples Abuse Prevention Program, CAPP) développé par l'équipe d'Epstein (LaTaillade, Epstein et Werlinich, 2006) est offert au couple dans un programme structuré sur 10 séances hebdomadaires de 90 minutes. Actuellement, ce programme fait l'objet d'une évaluation. Comme il est précisé au chapitre 17, ces programmes d'intervention structurés, développés pour les recherches sur l'efficacité, imposent des contraintes qui peuvent réduire l'efficience de la TCV dans les conditions naturelles d'application. Le PACT et le CAPP abordent les cibles d'intervention dans une séquence fixe. Nous croyons que la majorité des intervenants ont avantage à adapter la séquence des objectifs poursuivis, selon les informations révélées lors de la phase diagnostique, les attitudes et les réponses des deux conjoints, ainsi que le fonctionnement de la dyade à chaque stade de l'intervention, tel que recommandé par Wright et Sabourin (1985), Baucom et Epstein (1990) et Epstein et Baucom (2002). Une analyse des programmes PACT et CAPP, ainsi que de celui développé par notre équipe (Wright et Sabourin, 1985), révèle un chevauchement très élevé au plan des objectifs thérapeutiques, des cibles d'intervention, ainsi que des stratégies d'intervention utilisées. Afin d'aider le clinicien à faire le bon choix, nous allons présenter un modèle d'intervention structuré, illustré par deux cas cliniques.

A. Phase I de la TCV

La première phase de ces programmes met l'accent sur les cibles intrapersonnelles. Elle permet de travailler sur l'autoresponsabilisation envers les conflits, l'augmentation de la discrimination des réponses de colère et l'implantation d'un contrat de gestion non violente des conflits (contrôle de la colère). De plus, elle vise à enseigner aux conjoints comment reconnaître les cognitions qui déclenchent la colère et composer avec elles et à explorer les effets du stress sur les stratégies d'adaptation. Pour certains couples, le développement d'un réseau de soutien et l'élaboration d'un plan de dépannage/séparation d'urgence sont aussi essentiels. Nous subdivisons le travail de la phase 1 en neuf objectifs.

Objectif 1. Commencer l'intervention

Cet objectif consiste : *a)* à présenter aux conjoints les éléments diagnostiques découlant de la phase d'évaluation dans le cas où la sécurité des conjoints n'est pas compromise ; *b)* à introduire la justification, la structure et les objectifs du traitement dans le cas où la TVC est appropriée ; *c)* à susciter le sens de la responsabilité personnelle à l'égard des comportements de violence actuels et de ceux perpétrés dans le passé en réduisant la résistance et le déni.

Ces trois cibles du premier objectif sont toutes interdépendantes. En général, le clinicien débute par un survol des moments clés ou de l'historique de leur relation (les motifs reliés au choix du partenaire, le début de leur fréquentation, l'engagement

dans la vie de couple, la famille et les motifs de la consultation). Ensuite, le clinicien fait la synthèse des renseignements recueillis lors de la phase diagnostique et expose clairement le problème de violence de l'un des partenaires ou des deux. L'illustration est souvent plus claire et plus facile à accepter par le ou les partenaires si le clinicien décrit (au lieu d'interpréter les comportements ou de les étiqueter comme étant violents) la chaîne d'événements d'un incident de violence récent. Lors de ce type d'intervention, la majorité des individus violents physiquement ou psychologiquement affirment qu'ils avaient perdu le contrôle et qu'ils n'agissent pas ainsi habituellement. Cette réaction défensive permet au clinicien de souligner les croyances irrationnelles et de sensibiliser le ou les partenaires à leur mode de fonctionnement cognitif, qui sous-tend et autorise l'émission de comportements violents. Le clinicien peut mettre cette croyance en contraste avec les croyances plus rationnelles suivantes (ce qui permet d'introduire un des fondements de la thérapie conjugale qui serait offerte, celui basé sur l'intervention cognitive).

1. Nous avons appris à être violents et nous pouvons apprendre à être non violents. La violence est un choix.
2. Des comportements violents dans une relation intime ont de graves conséquences sur tous les membres de la famille. Chaque membre est responsable de ses propres actions et la première phase de la thérapie vise à nous aider à assumer la responsabilité de nos comportements violents.
3. La violence est une façon inefficace de tenter de résoudre des problèmes relationnels et la thérapie de couple va cibler l'identification et l'apprentissage de stratégies plus efficaces.
4. La violence ne peut cesser et notre relation ne peut s'améliorer sans les interventions des deux phases de traitement. La première phase cible le contrôle de la violence. Une fois que ce contrôle est assuré, la deuxième phase se consacre à la résolution d'autres problématiques dans notre couple et notre famille.

Ensuite, le clinicien expose les objectifs thérapeutiques qu'il trouve essentiels de poursuivre lors de la phase 1. Afin d'accomplir le dernier sous-objectif, qui consiste à développer la responsabilité personnelle à l'égard des comportements de violence actuels, le clinicien doit choisir une combinaison de stratégies thérapeutiques déjà décrites au chapitre 4. Quoiqu'il faille tenter de maintenir une alliance positive avec chaque partenaire, la description des comportements violents et l'attribution de la responsabilité à celui qui les a émis doivent être présentées avec fermeté (confrontation), mais sans être rejetantes. En général, à ce stade-ci, le clinicien tente de souligner comment le patron de violence présent dans le couple est problématique afin d'accroître la motivation des conjoints à changer. Souvent les conjoints, incluant les victimes, minimisent la gravité et les conséquences de la violence. Selon les résultats de l'évaluation, nous présentons plusieurs observations de leur problématique en les appuyant par des résultats de recherche, tels que : *i)* une fois présente, la violence psychologique et physique a tendance à augmenter en intensité ; *ii)* bien qu'un agresseur puisse se repentir d'avoir commis de la violence et jurer être en mesure de prévenir de futurs incidents,

il est prouvé que c'est souvent une accalmie avant une autre tempête ; *iii)* les séquelles de la violence sur les victimes (conjointe et enfants) sont tellement graves qu'elles sont parfois impossibles à soigner ; *iv)* les patrons de violence dans un couple et les séquelles qui en découlent ne s'améliorent pas par eux-mêmes ; les seules options sont souvent la thérapie ou une séparation constructive.

Objectif 2. Établir un contrat thérapeutique

Avant de terminer la première séance de la TCV, le clinicien et le couple devront s'entendre sur un contrat thérapeutique qui inclut habituellement les composantes suivantes :

1. une énumération des principes ou de la justification de base de la TCV (p. ex., le conjoint violent doit assumer pleinement la responsabilité de ses comportements violents ; les conjoints peuvent contribuer à un conflit conjugal, mais seul l'agresseur est responsable de sa violence) ;
2. un engagement de non-violence : le conjoint violent doit cesser ses comportements harcelants, de surveillance et d'intimidation ;
3. s'il y a lieu, l'interdiction totale de consommer de l'alcool ou de la drogue et d'avoir une arme (à la maison et en thérapie) ;
4. un plan d'action pour chaque partenaire en cas de violation du contrat de non-violence (p. ex., téléphoner à la police, quitter l'endroit, entamer des procédures de séparation). Lorsque cette clause est rédigée, le clinicien insiste pour que les deux visualisent la mise en place de ce plan, qui est guidé par le principe suivant : « Mieux vaut se séparer temporairement que d'être violent. » Le clinicien spécifie qui va demeurer à la maison ou à l'appartement en cas de séparation et qui seront les sources de soutien pour chaque individu et les enfants ;
5. le consentement écrit de chaque partenaire autorisant les échanges rapides de renseignements entre tous les acteurs impliqués (thérapeute individuel pour chaque conjoint, les intervenants juridiques s'il y a ordonnance de la cour).

Dans les cas de violence conjugale dangereuse, nous recommandons que les autres acteurs impliqués (thérapeutes individuels, avocats, agents de probation) passent des ententes écrites qui décrivent leur rôle et qui garantissent le libre et rapide échange de renseignements. Le non-respect de ces ententes (p. ex., l'agresseur qui ne participe pas adéquatement à sa thérapie individuelle) devra impliquer la fin de la TCV. Le clinicien doit soulever l'importance des sanctions légales. Ceci n'est pas amené comme une menace ou du chantage à l'égard de l'agresseur, mais bien pour lui démontrer que les comportements de violence ne seront pas acceptés. Il est reconnu que l'intervention policière a souvent un effet dissuasif, surtout chez les hommes qui ont un travail et un statut dans la communauté. Rosenfeld (1992) indique que 70 % des hommes arrêtés cessent leurs comportements violents. Le taux de récidive après une période de six mois diminue à 19 % pour ceux qui ont subi une arrestation, alors que si on a simplement

parlé à l'homme violent sans l'arrêter, le taux de récidive est de 35 % (Karpel, 1994). Sur le plan légal, au Québec, les policiers ont l'obligation de porter des accusations contre un conjoint violent, même si la victime de ne désire pas porter plainte.

Objectif 3. Renforcer le soutien social positif

Les recherches indiquent que tant l'agresseur que la victime de violence conjugale ont de faibles réseaux de soutien social. Certains agresseurs (voir le cas clinique 2) utilisent l'isolement comme stratégie de contrôle. Les victimes ont souvent une prédisposition à une faible estime de soi que la violence de leur partenaire a exacerbée. Tant l'agresseur que la victime peuvent être réticents à informer d'autres adultes du patron de violence qui sévit dans leur couple par gêne, mais aussi par peur d'actions légales ou morales. Le clinicien évalue d'une façon structurée la nature et la qualité des liens avec les membres de leur famille, les collègues de travail, les compagnons de loisir, le voisinage, les professionnels et paraprofessionnels qui pourraient être susceptibles d'offrir du soutien. Le clinicien doit expliquer au couple la distinction entre un soutien positif (p. ex., offrir de loger un conjoint ou les enfants, écouter, conseiller de façon constructive, accompagner dans des activités non violentes, tels les loisirs) et un soutien négatif (p. ex., commentaires qui encouragent la violence et les comportements à risque : boire, prendre de la drogue, sortir dans les bars, visionner de la pornographie, perpétrer des actes délinquants, participer à des activités violentes), afin de les amener à choisir les bonnes personnes susceptibles de les aider. Chaque conjoint rédige avec l'aide du clinicien un plan de renforcement du réseau social. Si un partenaire éprouve des difficultés, certains comportements clés sont pratiqués en jeu de rôle (comment demander de l'aide) et un projet d'autoobservation est mis en place. Un système de mentorat (« ange gardien ») est souvent disponible dans certains programmes d'intervention communautaire pour les victimes et les agresseurs. Une telle ressource est parfois le seul soutien social adéquat au début de la TCV, et elle doit être incluse à l'entente écrite.

Objectif 4. Identifier les risques de crise et les stresseurs potentiels et s'entendre sur les interventions à court terme

Certains couples développent des patrons de violence à la suite de l'exposition à plusieurs stresseurs qui génèrent un état de crise. Voici l'exemple de Claire et Donald, qui formaient un couple aux prises avec de multiples défis (ce cas est décrit en détail aux chapitres 2 et 4). Depuis 18 mois, Claire est handicapée par des douleurs chroniques aux hanches, au bassin et au dos jusqu'à présent non diagnostiquées. Elle a été obligée de quitter son emploi. Son conjoint et elle ont des disputes quotidiennes depuis six mois sur plusieurs sujets, comme, entre autres, les pratiques parentales, le langage à utiliser avec les enfants et la gestion des finances. Claire se demandait si la séparation ne serait pas plus saine pour elle et les enfants. Après l'évaluation (deux séances de couple et une séance individuelle avec chaque partenaire), le clinicien a entrepris un mandat d'intervention de crise pendant quatre rendez-vous de 80 minutes. Par la suite, le

clinicien a suggéré un mandat pour améliorer le fonctionnement de leur relation. Au cours de ces deux mandats, la modification de leur violence psychologique a été la cible prioritaire.

Pour ces couples, le clinicien doit rapidement et clairement décrire la nature et l'impact de la crise, aider le couple à choisir des priorités et entamer des démarches afin de réduire certains stresseurs clés. En ne discutant pas de ces stresseurs au début de la TCV, l'intervenant endosse indirectement les stratégies de déni (faire l'autruche). Il faut instaurer un plan d'action concerté. Le clinicien doit démontrer au couple que les stresseurs augmentent les niveaux de fatigue et de frustration qui, chez la plupart des gens, renforcent les sentiments de colère. L'expression de cette colère par la violence verbale ou physique est non seulement inacceptable, mais elle rend aussi la situation de crise encore plus difficile à gérer.

Une fois que le couple a franchi les objectifs 5 à 8, le clinicien peut revenir sur l'objectif 4 et aborder la notion de liens entre le stress, la frustration et la violence. Au besoin et pour mieux aider les conjoints à visualiser le nombre et l'ampleur des événements stressants auxquels ils sont exposés, il est possible de leur faire remplir des questionnaires (p. ex., l'Échelle de réajustement social de Holmes et Rahe, 1967, révisée et mise à jour par Hobson *et al*., 1998). Le clinicien aide les conjoints à reconnaître comment chacun réagit aux stresseurs et ce que chacun pourrait faire pour être plus solidaire face à ces situations. La présentation du modèle de gestion des différences entre les sexes en favorisant l'acceptation et la tolérance de Jacobson et Christensen (1996) peut être pertinente à ce stade. Le but ultime visé par cet objectif thérapeutique est d'aider les conjoints à jouer dans la même équipe face aux stresseurs au lieu de faire appel au blâme et à des stratégies individuelles de gestion de stress.

Objectif 5. Comprendre le cycle de la violence et la notion d'escalade

Les trois écoles théoriques (féministe, systémique et cognitive-comportementale) qui ont inspiré notre modèle insistent pour que le couple soit en mesure d'identifier et de comprendre le processus conduisant à l'agression physique. Trois notions peuvent aider les conjoints à comprendre ce processus. Le premier concept est celui du cycle de la violence. Dans certaines relations de couple, le patron de violence se manifeste selon un cycle précis : d'abord, il y a augmentation de la tension (déclenchée ou exacerbée par un stresseur ou un événement particulier ou non) ; ensuite, il y a l'incident de violence (passage à l'acte) ; enfin, il y a la phase du remords, des excuses, de la culpabilité ou des gestes d'apaisement (l'agresseur essaie de se faire pardonner). Cependant, si l'agresseur a peu de remords ou de culpabilité ou s'il y a des tentatives de résistance ou des critiques de la part de la victime, la violence peut augmenter en fréquence et en intensité (dangerosité). Dans de tels cas, le concept d'escalade de la violence est présenté. Il obéit au principe du renforcement négatif. Le concept de causalité mutuelle et circulaire dans l'escalade des conflits de couple est aussi introduit. Dans de tels cas, la réponse

d'un conjoint face au conflit entraîne une réaction chez l'autre, qui à son tour suscite une autre réaction chez le premier et ainsi de suite. Il est important de rappeler à chaque conjoint qu'il est le seul responsable de l'agression émise. Chaque conjoint a les moyens de réduire la probabilité de l'escalade d'un conflit, mais l'utilisation de la violence est un choix personnel et non le résultat de la provocation. De plus, il y a lieu de montrer aux conjoints que la colère varie sur un continuum et ne fonctionne pas comme un interrupteur (ouvert/fermé). Il faut leur faire comprendre qu'un conflit s'intensifie graduellement jusqu'au point culminant de la violence et que les conjoints ont amplement de signaux avertisseurs pour effectuer des changements dans leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements. Les conjoints sont amenés à décrire (si possible par écrit) leurs changements affectifs, comportementaux et cognitifs dans l'escalade de la colère lors des exercices à réaliser entre les séances de thérapie.

Objectif 6. La discrimination des niveaux de colère et la procédure d'arrêt de comportement

L'enseignement des six stratégies de gestion de la colère que l'on nomme « temps d'arrêt » (TA) ou, en anglais, *time out* sont parmi les plus importantes de la TCV. Selon Heyman et Neidig (1997), ces stratégies consistent en ce qui suit.

1. Identifier les divers stades de l'escalade d'un conflit selon les signes comportementaux, cognitifs et émotifs chez les deux conjoints. Heyman et Neidig (1997) décrivent trois zones de colère ou de risques de violence en utilisant une échelle en 100 points : de sécurité (0-40) ; de danger ou d'explosion imminente (40-70) et de violence (70-100). Chacun des conjoints doit identifier les réponses corporelles (tensions musculaires, boule dans l'estomac, tic oculaire), les cognitions ou visualisations (agresseur : elle fait exprès ; il faut qu'elle paie ; je vais lui donner une leçon ; je vais l'étrangler ; victime : si je démontre que je l'aime, il va cesser ; je vais être silencieuse pour ne pas le provoquer ; je crois que je vais manger une volée ; je dois fuir avant avec les enfants) et les émotions (montée de colère) à chacune des zones. Les individus sont amenés à spécifier à quel point dans l'escalade chacun aurait dû proposer un temps d'arrêt. Le clinicien peut se servir en tout temps de cette échelle à titre de baromètre du contrôle de la colère (p ex., « sur l'échelle de colère variant de 0 à 100, à quel niveau vous situiez-vous lorsque vous avez eu votre conflit au sujet des finances ? »).
2. Proposer sa propre façon de signaler une demande de temps d'arrêt, allant de différents gestes (avec les deux mains pour former un « T ») à diverses expressions (« j'ai besoin de temps pour refroidir » ou « je sens que je vais disjoncter »). Le clinicien insiste pour : *a)* que la demande de TA soit faite de manière non agressive ; *b)* que chaque conjoint soit autorisé à faire une demande, qu'il se sente choqué ou non ; *c)* qu'un conjoint fasse la demande de TA pour soi-même et pas pour envoyer son conjoint en temps d'arrêt (stratégie utilisée pour discipliner un enfant).

3. Reconnaître et accepter le signal lorsqu'un partenaire fait une demande TA.
4. Choisir des stratégies efficaces pour se retirer ou se détacher de la situation conflictuelle qui peuvent prendre des formes variées : *a)* pause mentale ; *b)* trêve formelle ; *c)* séparation physique d'une durée appropriée.
5. Gérer sa colère en faisant appel aux stratégies de gestion de colère qu'il ou elle a apprises dans son programme de thérapie individuelle.
6. Proposer la reprise de contact par la personne qui a initié le TA**.** Si l'escalade du conflit recommence, il faut répéter la séquence du TA.

Il est très utile de demander à chaque conjoint d'identifier les étapes qu'il trouve difficiles à mettre en application et les types de situations qui pourraient saboter leur intention de réussir un TA. Le clinicien élabore une série de jeux de rôle pour faire s'exercer les conjoints en utilisant des conditions réalistes (p. ex., un conjoint propose un TA et l'autre répond qu'ils n'en ont pas besoin). Il est important d'informer le couple que la technique du TA agit comme un pansement et ne résout pas les problèmes réels, d'où l'importance de compléter les deux phases de la TCV.

Objectif 7. Enseigner le modèle cognitif-émotif-comportemental de la colère

L'enseignement du modèle cognitif-émotif-comportemental de la colère exposé aux chapitres 4 et 6 se base sur le postulat que les événements ont un effet direct sur les pensées, qui, à leur tour, agissent directement sur les émotions, en l'occurrence la colère. Toutefois, les conjoints croient à tort que les événements causent directement la colère. Avec le temps, leur colère devient une réponse automatique. Pourtant, il y a une médiation cognitive entre l'événement et la réponse de colère. Le clinicien montre aux conjoints à identifier, à évaluer et à modifier les distorsions cognitives, grâce aux huit stratégies présentées au chapitre 6. S'ils contrôlent leurs pensées, ils contrôleront donc leur colère. Avec certains couples, il est utile d'introduire à ce stade la notion des émotions « secondaires » et « primaires ». Par exemple, dans le cas clinique 2, Donald et Claire ont eu leur pire échange de violence psychologique à la suite d'une aggravation des problèmes physiques de Claire. Le clinicien a aidé chaque conjoint à décrire les émotions et croyances qu'il vivait à l'égard de cette rechute. Les émotions primaires (tristesse, inquiétude) étaient automatiquement remplacées par des émotions secondaires (frustration et colère). En plus, une réponse cognitive était de critiquer l'autre en se concentrant sur ses défauts. Ce processus favorisait une augmentation de la colère. Cette émotion était plus tolérable que le désespoir que chacun pouvait vivre s'il orientait ses cognitions au niveau de l'appréhension (p. ex., Claire pouvait perdre sa mobilité et éventuellement mourir). Le clinicien leur a fait comprendre que la colère pouvait être à court terme, pour eux, un analgésique contre certaines émotions et pensées troublantes.

*Objectif 8. Maîtriser les techniques de contrôle de la colère et affronter les pensées violentes (*hot thoughts*)*

Ce module permet aux conjoints, qui sont maintenant capables de reconnaître les signaux de colère, de commencer à modifier leurs réponses colériques. À l'aide du modèle de Heyman et Neidig (1997), quatre étapes leur sont enseignées : *i)* reconnaître les signaux de colère, *ii)* prendre une pause (compter jusqu'à 10, répéter les consignes de contrôle de la colère, respirer profondément et arrêter les pensées négatives), *iii)* décider de ce qu'il faut faire (les partenaires explorent leurs comportements et s'ils ne sont pas adaptés, des solutions plus constructives sont examinées) ; *iv)* contrôler ses pensées (générer des pensées plus calmes [*cool thoughts*]). Il faut enseigner à chaque individu (de préférence avec l'aide des lectures) une série de stratégies cognitives, émotives et comportementales qu'il doit pratiquer pendant et entre les séances afin de modifier son patron de réponse dans des situations à risque.

Objectif 9. Maintenir les gains

Cette première phase de la thérapie peut prendre entre 7 et 15 séances ou plus selon le nombre de facteurs de risque présentés au tableau 9.5. Avant d'amorcer la phase 2, le clinicien peut faire un retour sur les apprentissages et développer un programme de prévention de la récidive (Marlatt et Gordon, 1985) en s'appuyant sur les principes décrits au chapitre 4. Une des stratégies les mieux connues par les auteurs des programmes d'inoculation contre le stress est de faire pratiquer les clients pendant qu'ils vivent des émotions plus fortes (cet exercice est contre-indiqué pour les couples à risque de violence physique grave). Lors d'une interaction plus émotive, le clinicien peut laisser monter une escalade entre les conjoints pendant cinq minutes afin d'évaluer les réactions et réponses naturelles de chacun. Une telle situation constitue une occasion de pratiquer leurs nouvelles stratégies sous l'effet des émotions négatives.

Illustrations de la phase I

Nous allons illustrer le déroulement de la phase I à l'aide de deux vignettes cliniques. Dans le premier cas, Marie et Robert sont aux prises avec des gestes de violence physique commis par ce dernier. Le deuxième cas en est un de violence psychologique réciproque. Il met en scène Claire et Donald.

Violence physique commise par l'homme

Marie et Robert ont été référés par le thérapeute individuel de Marie à la suite d'une situation de couple très semblable à celle que l'on peut observer dans le film *L'Emprise* (Brault et Guy, 1988). Robert, âgé de 45 ans, travaillait en cinématographie depuis 20 ans. Marie, âgée de 40 ans, travaillait dans le domaine de la publicité depuis 15 ans. Ils se sont rencontrés, il y a 14 ans, pendant le tournage d'un film. Au départ, ils vivaient un

amour passionné et romantique. Robert, projetant l'image d'un homme très sûr de lui, était un séducteur qui promettait de satisfaire tous les besoins de Marie. Celle-ci aimait son côté « leader » et décisif. De son côté, Robert était attiré par le côté « petite fille » qui a besoin d'un protecteur de Marie. Tous les deux voulaient des enfants.

Au cours des deux premiers mois, il y avait peu d'accrochages dans leur relation à part deux brefs incidents qui montraient des signes avertisseurs de violence chez Robert. Il était contrôlant, possessif, jaloux, abusait d'alcool et insistait pour avoir des relations sexuelles même si Marie ne voulait pas. Robert décrit son père comme « un alcoolique mais bon pourvoyeur ». Ce dernier se choquait souvent et battait sa mère et Robert, lorsqu'il était ivre. Il se repentait le lendemain. Le père de Marie travaillait comme vendeur. Il était très affectueux quand il était là, ce qui était très rare. Sa mère était une femme très travaillante et très critique vis-à-vis tout le monde, sauf son fils aîné. Lorsqu'elle avait seize ans, Marie a été agressée sexuellement par un ami de son frère qui était de trois ans son aîné. Cela s'est produit après une courte fréquentation où Marie se sentait « très flattée d'être admirée par un gars si mature et populaire ». Elle a décidé de garder le secret, sauf à une de ses soeurs, qui lui a répondu : « tu l'allumais ». Marie a toujours souffert de son manque de confiance en elle, mais elle a payé ses études en travaillant comme serveuse dans un bar et a obtenu son baccalauréat en communication à l'âge de 23 ans. Depuis, elle a toujours eu de la facilité à trouver et garder un emploi dans le domaine de la publicité.

La violence verbale (insulte, injure et interrogatoire) de Robert a commencé dès la deuxième année de vie commune. Il y a eu escalade au niveau de la sévérité des critiques. Il y a eu de la violence physique (serrer les poignets, cogner sur la table, claquer les portes). Quand leur fils Dominique avait six ans, Robert a frappé Marie pour la première fois et lui a fait une ecchymose à un œil. Le lendemain, il s'est excusé en justifiant son excès par les « critiques de Marie sur sa consommation et son manque d'emploi ». Bien que dans certains couples, les deux conjoints émettent de la violence verbale et physique, dans ce couple il n'y avait pas d'indices que Marie était verbalement critique ou qu'elle « jetait de l'huile sur le feu ». L'incident s'est répété une autre fois et cette fois Robert, qui était en état d'ébriété, a frappé Marie. Lorsque leur fils s'est interposé, il l'a bousculé et a quitté la maison. Marie et Dominique se sont réfugiés chez une amie de Marie. Les conjoints se sont séparés pendant 1 mois, alors que ni l'un ni l'autre n'a reçu de l'aide. Robert a utilisé la manipulation et la violence psychologique pour convaincre Marie de revenir. Cette tactique s'est faite en passant par Dominique, qui aimait beaucoup son père. À l'intérieur d'un mois, Robert a recommencé à consommer de l'alcool, à être contrôlant, possessif et violent psychologiquement. Marie ne le provoquait pas, mais sans faire exprès elle tolérait de plus en plus de gestes extrêmes chez Robert, incluant des rapports sexuels forcés (qu'elle étiquetait comme de la passion). Les incidents ultimes ont commencé un matin par des comportements possessifs et de l'irritabilité chez Robert, suivis par de la violence psychologique et des menaces de blessure. Après avoir bu, il est retourné à la maison et a frappé Marie plusieurs fois, la

rendant momentanément inconsciente. Dominique s'est interposé une autre fois et Robert, sans lui faire mal, l'a transporté sur son épaule dans sa chambre. Pendant ce temps, Marie a téléphoné à la police.

Robert a été incarcéré pour une nuit, puis relâché sous diverses conditions : la promesse de comparaître, de garder la paix, de ne pas entrer en contact avec la victime, de ne s'approcher ni de sa résidence ni de son travail et de ne pas consommer d'alcool. Il a tout fait pour convaincre Marie de retirer sa plainte. Marie était très tentée, mais ses amies de travail et le thérapeute qu'elle a rencontré l'ont convaincue qu'il était dans son intérêt de maintenir l'accusation. Trois mois plus tard, Robert est reconnu coupable de violence et reçoit une peine d'un an avec sursis. Il lui est interdit de voir Marie et son fils jusqu'à ce que son agent de probation et son thérapeute (du programme d'aide pour hommes à comportements violents) trouvent qu'il a fait les progrès nécessaires pour retourner devant le juge. Sans quoi, il retournera en liberté conditionnelle pour 12 mois additionnels et sera ensuite évalué à nouveau. Après six mois, Marie contacte un psychologue en thérapie conjugale. Le thérapeute individuel de Marie était contre la réunification du couple, mais Marie était encore en amour. Elle voulait donner une autre chance à Robert et désirait que son fils ait un père.

– *Entretien téléphonique*

D'abord, lors d'un premier entretien téléphonique, le clinicien : *i)* trace un bref historique de leur problématique ; *ii)* précise que le fait d'accepter de les évaluer ne signifie pas qu'il y aura automatiquement une intervention de couple par la suite ; *iii)* indique que s'il y a des rencontres de couple, dès qu'il jugera qu'il y a un risque élevé de récidive de violence, les séances de couple seront suspendues afin que la thérapie individuelle, une séparation avec médiation ou une intervention policière ou juridique élimine tout risque de récidive. Avant de rencontrer les conjoints, le clinicien a eu des entretiens téléphoniques avec les différents intervenants au dossier (avec le consentement écrit des deux conjoints) afin de voir le niveau de concertation entre chacun des acteurs du dossier. La situation était encourageante.

– *Évaluation de Marie*

Dans le cadre de la thérapie individuelle reçue par Marie, celle-ci avait été mise au courant du processus d'escalade de la violence, des cognitions et émotions des deux conjoints qui créent une dynamique susceptible de déclencher de la violence. Face aux questions posées par le thérapeute de couple sur les changements souhaités et nécessaires chez Robert, chez elle et dans leur dynamique de couple et familiale, Marie n'avait que des réponses intellectuelles et surtout peu détaillées.

– *Évaluation de Robert*

Au cours du premier entretien individuel d'une heure et demie, Robert a démontré qu'apparemment, il assumait plus de responsabilité qu'auparavant face à ses gestes violents. Cependant, comme Marie, il avait peu d'exemples concrets des changements

immédiats nécessaires. Il tentait de convaincre le thérapeute de couple de l'inutilité de la TCV, qu'il pouvait lui faire confiance, puisqu'il avait changé, et qu'il pouvait soumettre un rapport favorable au juge. Au lieu de le confronter trop tôt (*afin de voir le vrai Robert)*, le clinicien a suggéré de l'aider à remplir le tableau 9.5 sur les facteurs associés à la violence conjugale dangereuse. Cet exercice l'a amené à modifier son discours de la façon suivante : « Peut-être que mes résultats ont l'air très mauvais, mais je suis prêt à travailler fort. Est-ce que vous allez nous donner une chance ? »

– Évaluation du couple

Les deux conjoints ont rempli des questionnaires décrits au chapitre 2 et ceux présentés ci-haut. Les résultats à ces divers instruments, ainsi qu'un entretien de couple, ont permis de dégager les informations entourant les éléments figurant au tableau 9.5 et révélé ce qui suit.

1. Robert fait beaucoup appel aux stratégies de déni ou idéalise son couple.
2. Les réponses de Marie démontrent une perception de sa situation très réaliste. Ses problèmes de santé mentale ne sont pas sérieux, mais ils nécessitent un suivi individuel en parallèle. En général, sa perception réaliste des problèmes reflète un meilleur pronostic pour la thérapie conjugale (comparativement à Robert, qui a indiqué à plusieurs endroits dans les questionnaires qu'il n'avait pas de problèmes).
3. Au début du premier entretien en présence des deux conjoints, alors que le clinicien se montre empathique et aucunement confrontant, Robert est charmant, actif et un peu impatient, tandis que Marie est retirée, soumise, et évite les sujets conflictuels. Robert admet qu'il est stressé et que parfois il se choque, mais pour plusieurs bonnes raisons. Marie ne le confronte pas. Un aspect encourageant est que Robert est capable de décrire en détail les séquences de la dernière journée de violence. Cependant, il n'est pas en mesure de nommer les émotions et cognitions présentes, ni au début de l'escalade de la matinée, ni pendant la scène de violence physique. Marie est capable de nommer son désir de voir Robert maîtriser sa tendance à la violence. Par contre, elle exprime d'une façon peu convaincante que s'il ne le fait pas, elle ne retournera pas avec lui. Elle est capable de nommer la souffrance émotive et physique qu'elle a vécue au cours de la dernière journée de violence. Cependant, elle n'est pas en mesure d'identifier et de décrire les situations où Robert adopte des comportements de séduction psychologique et sensuelle et de contrôle.
4. Lors de la deuxième moitié de l'entrevue de couple, le clinicien nomme clairement le développement de la violence au sein du couple et les changements nécessaires que Robert doit réaliser pour cesser ses comportements violents. Il situe le fonctionnement du couple aux phases I et II de la TCV, décrites plus haut.

5. Les deux conjoints manifestent des signes d'ouverture et du progrès depuis le dernier épisode de violence grâce à la thérapie individuelle. Cependant, le clinicien croit que Robert coopère parce qu'il ne voit pas d'autres options, alors que sans la structure et le soutien thérapeutiques, Marie céderait à sa pression et à ses promesses.

– Décision clinique

Le couple est accepté en TCV aux conditions suivantes, exposées dans un contrat.

1. Les conjoints démontrent une motivation à changer et à vouloir améliorer leur fonctionnement conjugal.
2. Les conjoints n'auront pas de contact à l'extérieur des séances, sauf par téléphone.
3. La décision sur la viabilité du couple se prendra à une date ultérieure selon les progrès observés.
4. Il y aura deux phases de la TCV, tel que décrit dans ce chapitre.

– Résumé de la phase I de la thérapie de couple

Le couple a bénéficié d'au total 30 séances de 80 minutes, espacées sur 24 mois (22 séances au cours de la première année et 8 séances au cours de la deuxième année). Les dix premières séances étaient surtout vouées aux objectifs de la phase I. Robert a poursuivi son cheminement dans un groupe pour hommes violents au cours des dix premiers mois, soit jusqu'à la fin de cette thérapie. Marie a participé à sa thérapie individuelle durant les six premiers mois.Conformément au jugement de la cour, Robert habitait chez un frère et Marie habitait au domicile familial.

La majorité des huit premières séances de la TCV a permis de couvrir sept des neuf objectifs de la phase I nommés plus haut sur la prévention de la violence. Relativement peu de temps a été consacré à l'introduction de la justification, du plan, de la structure du traitement et du sens de la responsabilité personnelle à l'égard des comportements de violence (objectif 1), ainsi qu'au contrat (objectif 2), puisque ces questions avaient été abordées amplement dans les thérapies individuelles et lors de la phase diagnostique de la TCV. Cependant, le clinicien a choisi de cibler le renforcement du soutien social (objectif 3) dès la première séance, parce que Robert avait utilisé l'isolement comme forme de violence psychologique, démontrant de la jalousie et de la dépendance. Marie, en dépit de sa thérapie individuelle, ne s'affirmait pas face aux gestes de Robert et les deux avaient un réseau social inadéquat. À la suite d'une analyse de leurs croyances, comportements et émotions autour du réseau social, la thématique de la dépendance/indépendance a été abordée et certaines stratégies visant à modifier leurs croyances irrationnelles et leurs émotions inhibées ont été appliquées. Faisant suite à ces interventions, le clinicien les a aidés à formuler un plan de développement de leur réseau social respectif qui exigeait des gestes et une prise de notes journalière.

Ensuite, le clinicien a abordé le cycle de la violence (objectif 5) en reprenant et en décortiquant les événements des deux dernières années. Il a clairement montré à Robert sa responsabilité unique à l'égard de tous les gestes de violence physique et psychologique posés. Il a précisé aux conjoints qu'en raison de leur dynamique conjugale dominant-dominée, Robert offrait à Marie une seule alternative : demeurer avec lui et être victimisée de plus en plus gravement ou rompre la relation immédiatement. Le processus qui a conduit à l'agression physique a été décrit : augmentation de la tension, incident de violence, gestes d'apaisement, reprise du cycle avec intensification de la violence. Dans la même séance, le clinicien a présenté le modèle cognitif-émotif-comportemental de la colère (objectif 7) et les notions de compatibilité et d'incompatibilité de leurs réponses. Il a aussi mis en contraste leur fonctionnement au début de leur mariage avec celui des deux dernières années. Cet exposé a préparé le travail sur l'identification et l'expression des émotions douces ou dures vécues par Robert et Marie au début d'une escalade. Le clinicien explorait l'état de panique ressenti par Robert si Marie présentait plus d'indépendance sociale ou si elle tenait tête à certains de ses gestes contrôlants. Les croyances irrationnelles problématiques de Marie ont été explorées (p. ex., « parce que je l'aime vraiment et afin d'éviter une chicane devant Dominique, je vais le laisser avoir ce qu'il veut »), ainsi que ses émotions si elle s'affirmait (p. ex., culpabilité, insécurité et peur des représailles). Finalement, les nouvelles stratégies d'adaptation exigées des deux conjoints ont été précisées : Robert doit apprendre à vérifier les préférences de Marie avant de suggérer les siennes et manifester une vraie ouverture face à la négociation ; Marie doit apprendre à suggérer et défendre ses propres préférences et à dire non à Robert au début d'une escalade de contrôle. Deux séances ont été consacrées à ces deux cibles en utilisant le jeu de rôle autour d'événements réels ou imaginés. Le développement des nouvelles réponses émotives, cognitives et comportementales décrites aux chapitres 4 et 6 a aussi été visé.

Ensuite, le clinicien a exposé les six stades de la discrimination des niveaux de colère et de la procédure d'arrêt de comportement (objectif 6) qui ont aidé les deux conjoints à spécifier leurs stratégies de temps d'arrêt et de détachement préférées. Lors d'une autre séance, les techniques de contrôle de la colère et l'affrontement des pensées violentes (*hot thoughts*) (objectif 8) ont été présentés. Cependant, puisque les deux conjoints ne se fréquentaient pas à l'extérieur des séances, les exercices autour de ces deux cibles provoquaient peu de réponses problématiques. Robert avait un contrôle parfait de sa colère, tandis que Marie s'ennuyait beaucoup de Robert et ne se sentait pas anxieuse en sa présence.

Avant de permettre aux deux conjoints de recommencer à se fréquenter, le clinicien a abordé les stresseurs ou problèmes potentiels qui les attendaient s'ils se fréquentaient plus et s'ils reprenaient éventuellement la vie à deux. Avec l'aide du clinicien, Marie a nommé sa peur : *i)* de la possessivité de Robert ; *ii)* des risques qu'il recommence à boire ; *iii)* de la difficulté de Robert à garder un emploi et des stresseurs financiers ; *iv)* de la tendance de Dominique à ne pas respecter l'autorité féminine (Marie

et les enseignantes à l'école) et à se battre à l'école. Le clinicien attendait ce moment pour évaluer les changements chez Robert. Il a gardé le silence pendant les 10 premières minutes. Au départ, Robert a exprimé une impatience et un découragement face aux projections pessimistes de Marie et a commencé à tenter de prouver qu'elle avait tort à tous les niveaux. Par contre, il est demeuré dans une zone de non-violence et a posé la question suivante au clinicien : « Comment est-ce que je peux prouver que nous sommes capables de résoudre ces problèmes ? »

Violence psychologique réciproque

Le déroulement de la phase I de la TCV est différent lorsqu'il y a uniquement de la violence psychologique. Chez le couple formé de Claire et Donald, les entrevues, l'observation de leurs interactions et leurs réponses au CTS2 ont révélé des disputes à une fréquence d'au moins cinq fois par semaine, souvent devant les enfants et à leur sujet. Un événement mineur pouvait déclencher les disputes, mais ils rajoutaient cinq à dix sujets conflictuels dans les échanges d'hostilité. Au niveau des gestes de violence psychologique, il y avait :

- des insultes et du dénigrement :
  - Claire : « Tu es un mauvais père. Ton père est un alcoolique. Tu penses seulement à toi et à tes propres besoins. Tu es douillet. Tu tolères mal la douleur en comparaison avec moi », etc.
  - Donald : « Tu veux jouer à Cendrillon avec tes parents et à la mère poule avec les enfants et tu ne me laisses aucune place. Tu exagères tes problèmes, incluant tes problèmes de santé. »
- de la moquerie :
  - Claire : « Raté de la vie ! »
  - Donald : « Princesse histrionique ! »
- des menaces :
  - Claire : « Avec ton indifférence envers les enfants et ta non-disponibilité, je serais mieux seule. »
  - Donald : « Si j'arrêtais tout ce que je fais, tu verrais comment tu serais seule. »
- une mauvaise qualité des échanges verbaux et non verbaux :
  - chez Claire : le ton de voix plaintif, le non-verbal triste, les paroles blessantes, une avalanche de critiques ou d'interrogations ;
  - chez Donald : le ton de voix froid, sarcastique, suivi par des cris intimidants et des interruptions ; le non-verbal physiquement menaçant, mais sans passage à l'acte.

Le clinicien a réalisé sept des neuf objectifs de la phase I décrits plus haut pendant six séances. Au début de la TCV, face à la problématique de Claire et Donald, le clinicien devait décrire rapidement et clairement la nature et l'impact de la crise, aider le couple à choisir des priorités et les seconder dans leur démarche afin de réduire certains stresseurs clés (objectif 6). Par la suite, le clinicien leur a fait décrire et a analysé avec eux plusieurs des incidents les plus violents et surtout ceux dont les enfants étaient témoins. Ainsi, le clinicien voulait cibler le sens de responsabilité personnelle de chaque conjoint face à sa manifestation de comportements de violence en réduisant sa résistance et son déni (objectif 1). Les deux conjoints ont rapidement accepté la prémisse selon laquelle il y avait un lien entre leurs échanges agressifs et la présence de certains problèmes chez les enfants (somatisation, non-acceptation des règles familiales, critique de Donald par Émilie, 6 ans, et non-coopération de Gaston, 2 ans). Il a été particulièrement utile de laisser monter en escalade un échange de critiques au début d'une séance de TCV sans interruption du clinicien pendant cinq minutes. Cette situation de dispute a permis d'intervenir au niveau de leurs cognitions et leurs émotions nécessaires afin d'aborder le cycle de la violence (objectif 5) et le modèle cognitif-émotif-comportemental de la colère (objectif 7). Le clinicien a ciblé d'une façon assez directive, mais en assurant le maintien de l'alliance, les émotions et les croyances irrationnelles chez les deux conjoints. Par les stratégies décrites aux chapitres 4 à 6, le clinicien a aidé Claire et Donald à identifier et exprimer les émotions moins destructrices (*soft emotions*) vécues par chacun (Claire : tristesse, inquiétude face aux enfants et sa santé ; Donald : inquiétude et culpabilité) qui étaient rapidement remplacées par des émotions plus destructrices (*hard emotions*) lors d'une escalade (p. ex., frustration et colère). Ensuite, les croyances irrationnelles impliquées dans l'escalade pour chacun des conjoints ont été identifiées (Claire : « Il est trop violent. Il fait exprès pour me blesser. Il pense seulement à lui. Je dois sauver mes enfants et ma peau. Je ne dois pas garder ma colère en dedans, car c'est mauvais pour ma santé. Je n'ai pas de contrôle et c'est de sa faute » ; Donald : « Elle met ses priorités aux mauvais endroits. Elle voit seulement le côté négatif. Elle est trop critique. Elle gère mal sa santé mentale. Elle fait exprès pour me provoquer. Je suis violent seulement occasionnellement. Je n'ai pas de contrôle et c'est sa faute »). Le clinicien a tenté de modifier trois croyances identiques chez les deux (« ma violence n'est pas très dangereuse ou néfaste ; je n'ai pas de contrôle ; c'est sa faute ») par une combinaison de stratégies cognitives décrites au chapitre 6 (présentation didactique et évaluation des avantages et des inconvénients d'une cognition). Il est intervenu afin de remplacer les cognitions dysfonctionnelles par d'autres plus constructives pour chacun des partenaires (p. ex., « chaque membre de notre famille a subi d'énormes stress depuis 18 mois et tous les deux nous manifestons des signes de réactions typiques d'une crise » ; « bien que la colère soit une émotion saine à exprimer dans certaines circonstances, actuellement la façon dont je ventile ma colère et le moment où je choisis de l'exprimer font beaucoup de dommages aux trois autres membres de ma famille et augmentent directement ma propre charge de souffrance et de travail »).

Après un retour sur la semaine où le couple avait à faire des lectures sur la violence (Wright, 1990), le clinicien a travaillé sur la discrimination des niveaux de colère et la procédure d'arrêt de comportement (objectif 6). Après l'exposé des six stratégies de gestion de la colère, le clinicien a aidé chaque conjoint à reconnaître et à nommer ses signaux physiques, cognitifs et comportementaux qui lui permettaient de déceler le risque de violence à l'aide d'un continuum d'intensification (zone sécurisante ou tolérable de colère ; zone dangereuse où l'explosion de la violence est imminente ; zone d'expression de la violence). Les deux ont décrit et pratiqué, au cours de la séance de thérapie, leur façon de signaler une demande d'arrêt (Donald, qui est un sportif, a choisi de faire la lettre T avec les mains. Il devait aller prendre des marches à l'extérieur ; Claire exprimait son besoin d'avoir du temps pour ramasser ses pensées. Elle devait se retirer en allant prendre un bain, faire du Yoga ou écouter de la musique classique avec des écouteurs). Les conjoints étaient prêts à envisager une séparation physique d'une durée de un à deux jours (Claire avec les enfants chez ses parents ou Donald chez sa sœur). Toutefois, ils n'ont pas eu besoin de cette option. La séance s'est terminée avec une série de jeux de rôles autour des demandes de temps d'arrêt.

Dans une séance ultérieure, les techniques de contrôle de la colère et l'affrontement des pensées violentes (*hot thoughts*) (objectif 8) ont été abordés. Pour Donald, qui se percevait comme un être très rationnel et optimiste, une série de questions qu'il se posait à lui-même l'aidaient à rester calme et à éviter une montée de colère (« Quels sont les événements qui sont en train de me déranger ? Quelles sont les priorités familiales que nous nous sommes fixées ? Qu'est-ce que je peux faire pour être solidaire avec Claire ? »). Claire trouvait qu'au début d'une escalade, des exercices de respiration profonde l'aidaient, alors que dans les zones de danger d'explosion, le fait d'évoquer des pensées plus calmes ou optimistes l'aidait (« Notre amour est fort. Nous passons un moment dur. Tout les deux, nous voulons le bien de l'autre. Je ne vais pas me pomper mais rester zen, c'est mieux pour ma résistance. Nous allons régler ce conflit car nous avons maintenant les outils pour faire face à cette situation »).

B. Phase II de la TCV

La deuxième moitié du programme de TCV met l'emphase sur les habiletés interpersonnelles. À cette étape, les conjoints ne possèdent pas ou ne maîtrisent pas les habiletés leur permettant de résoudre leurs conflits qui les ont conduit à consulter. Nous présentons dix objectifs de changement potentiel. Encore une fois, la séquence doit être adaptée aux besoins de chaque couple et, normalement, plusieurs cibles sont poursuivies autour d'un même contenu. Au besoin, nous allons illustrer un objectif à l'aide d'exemples tirés des séances de thérapie des deux couples cliniques présentés dans la première phase.

Objectif 1. Habiletés de communication

Aider les couples aux prises avec de la VC à communiquer plus efficacement présente les mêmes défis que ceux décrits au chapitre 4. Selon la typologie de la VC, il faut ajuster l'entraînement aux habiletés de communication. Chez les couples violents, il y a souvent une accumulation des sentiments négatifs et des problèmes concrets. Lorsque les deux conjoints étaient violents verbalement, la communication dans le passé servait à l'envoi de messages critiques et blessants. Au départ, le clinicien doit expliquer les différences entre la communication, la résolution de problèmes, la ventilation ou l'expression constructive de la colère. Un conjoint ayant été violent et qui présente de faibles habiletés de communication sera désavantagé dans les exercices de communication. Afin de prévenir une rupture de l'alliance thérapeutique, il faut nommer ce défi et ajuster le travail sur la communication en conséquence. Le conjoint qui était victime de violence physique et de domination pourrait à la fois avoir accumulé des expériences traumatisantes qu'il aurait envie d'exprimer, mais aussi être très réticent à se révéler pour éviter les représailles. Le clinicien peut nommer les défis auxquels doit faire face le couple : créer une relation sécurisante, équilibrer le pouvoir dans le couple, inviter éventuellement la victime à révéler certains de ses sentiments et aider l'agresseur à exprimer ses excuses. Voici une illustration de cet objectif avec le couple formé de Marie et Robert, présenté à la phase I.

Vignette clinique – Marie et Robert

Lorsque Marie a senti qu'il y avait moins de risque de représailles de la part de Robert et qu'elle était plus consciente de toutes les émotions négatives qu'elle avait emmagasinées depuis son viol à l'adolescence, elle a souhaité revenir sur ces événements traumatisants avec Robert. Le clinicien a montré aux deux conjoints à communiquer efficacement sur des thématiques peu stressantes. Plus particulièrement, il a aidé Robert à développer des compétences d'écoute et de validation à l'aide de pratiques structurées (*modeling* et travail cognitivo-émotionnel). Il a appris à mettre de côté ses propres émotions et sa tendance à s'expliquer ou à se défendre. Il a appris à se concentrer sur ce que Marie avait vécu tout en lui résumant ce qu'il avait compris. Robert a acquis de bonnes compétences au niveau de l'écoute et de la communication. Marie a exprimé son appréciation des changements dans la personnalité de Robert. Le clinicien a aidé Robert à gérer ses émotions ambivalentes jusqu'à ce qu'il puisse apporter des changements cognitifs et émotifs congruents avec cette nouvelle façon de répondre à Marie, surtout lorsqu'elle abordait les thématiques liées à sa dominance et sa violence physique.

Objectif 2. Résolution de problèmes

Les couples aux prises avec de la violence conjugale peuvent être empressés d'arriver aux séances afin de régler directement leurs conflits. Toutefois, ils peuvent ressentir de la frustration lorsqu'ils constatent qu'ils doivent suivre une série de règles définies au chapitre 4 pour bien effectuer la résolution de problèmes. Le clinicien peut examiner l'écart entre les attentes des conjoints à l'égard de la résolution de leurs difficultés et leurs compétences réelles. Il peut recommander des lectures en guise de préparation (Wright, 1990). Il est recommandé d'exercer un contrôle très serré à chacune des phases de résolution de problèmes : *i)* assurer que le choix des problèmes est équitable ; *ii)* prévenir de longues listes de plaintes et de blâmes lors de la phase de description du problème ou de ses conséquences ; *iii)* démontrer que chacun doit accepter une part de responsabilité dans le déclenchement de la difficulté ; *iv)* souligner qu'une approche collaborative lors de la génération des solutions est essentielle ; *v)* mettre l'emphase sur des solutions qui impliquent un changement de comportement. Lors des premiers essais de résolution de problèmes avec des couples violents, le clinicien ne doit pas hésiter à aider le couple à redéfinir un problème ou à choisir une solution qui tient compte des facteurs de risque de la violence. Voici une illustration de cet objectif avec le couple de Claire et Donald présenté à la phase I.

Vignette clinique – Claire et Donald

Claire et Donald étaient aux prises avec de nombreux et sérieux problèmes au cours de la thérapie. Ils arrivaient souvent aux séances dans un état de crise. Avant de s'engager dans une séance de résolution de problèmes, le clinicien leur a montré à répondre à la question suivante : « Est-ce que je me sens disposé à respecter les règles exigées par la résolution de problèmes ? » Pendant plusieurs séances, Claire avait des problèmes de santé qui handicapaient sa vie, son rôle maternel, sa relation amoureuse et sa carrière. Elle vivait un niveau de stress beaucoup plus élevé que Donald. Son état émotif n'était pas propice à la résolution de problèmes. Lorsque ses problèmes de santé et le stress qui les accompagnait ont diminué, les séances de résolution de problèmes ont pu débuter. Le clinicien devait souvent ramener les conjoints aux règles de base, car ils avaient tendance à vouloir ventiler en émettant des doubles messages qui pouvaient procurer un soulagement émotif à court terme, mais faire dérailler la séance de résolution de problèmes. Par exemple, lorsque Claire insistait pour que Donald trouve une façon d'être plus disponible pour leurs deux enfants, chacun pouvait lancer des flèches à l'autre. Donald pouvait exprimer : « notre vie est déjà tellement austère » (message caché : « je travaille déjà très fort et nous avons peu de plaisir ensemble, surtout au niveau de nos relations sexuelles »). Claire pouvait répondre : « Entre nous deux, il y en a un qui l'a beaucoup plus facile que l'autre (message caché : « j'ai plus de souffrance et de stress que toi et tu t'arranges pour éviter tes responsabilités parentales avec tes activités sportives »). Le clinicien a nommé ce type de message en indiquant qu'il s'agissait d'une manière

légitime pour deux personnes surmenées de ventiler leurs émotions. Il leur a offert la possibilité d'explorer leurs émotions et croyances sous-jacentes à ces messages par un exercice de communication, ou encore de continuer la résolution de problèmes. Il leur a fait remarquer qu'il leur était impossible de mener les deux de front.

Objectif 3. Négociation et partage du pouvoir : égalité dans les droits et dans la prise de décision

Le clinicien aborde les principes concernant les avantages du partage égal du pouvoir dans le couple, mentionnés au chapitre 4. Habituellement, cet objectif est traité au même moment que les thématiques d'attachement et de dépendance. Lorsque l'homme est violent, jaloux et contrôlant, les questions de compatibilité des styles d'attachement et du partage du pouvoir constituent des pivots importants dans la démarche de changement. Lors de l'évaluation, il faut vérifier les attentes de chacun. Si l'homme tient fortement à une gestion patriarcale dans le couple et que la femme désire une relation plus égalitaire, le clinicien doit leur refléter cette incompatibilité. Si celle-ci ne peut être minimisée, il est alors préférable de négocier un mandat visant une séparation.

Objectif 4. Favoriser les échanges positifs

Lorsque les échanges violents cessent dans un couple, les conjoints peuvent être confrontés à la réalité que leur relation est devenue une coquille vide. Des stratégies prometteuses pour améliorer la cohésion dans le couple sont décrites au chapitre 4. Développer une vie à deux enrichissante, basée sur des activités de couple que chacun trouve agréables et sur des échanges de soutien mutuel, d'appréciation et d'affection peut être une entreprise difficile à réaliser. Le couple peut se buter à des problèmes de compatibilité ou de compétences interpersonnelles. Voici un exemple qui illustre cet objectif.

Vignette clinique – Claire et Donald

Lorsque Claire et Donald ont réussi à éliminer la violence psychologique de leurs échanges et à améliorer leurs compétences parentales, les deux souhaitaient retrouver la relation qu'ils avaient avant la naissance de leur garçon de 3 ans. Cependant, les problèmes de santé de Claire l'empêchaient de participer aux activités sportives qu'ils faisaient auparavant et exigeaient qu'elle se repose fréquemment. Tous les deux voulaient aussi être disponibles pour les enfants. En dépit de tous les stresseurs présents, les deux ressentaient du plaisir lorsqu'ils passaient une journée ensemble sans les enfants, pour s'offrir un souper romantique, faire l'amour ou exprimer verbalement leur appréciation mutuelle. Avec l'aide du clinicien, ils ont développé une meilleure planification de leurs activités afin de se retrouver plus souvent ensemble et sont devenus plus vigilants au sujet des échanges d'appréciation et d'affection verbale.

Objectif 5. L'identification, la modification et l'expression des émotions et la question du pardon

Plusieurs conjoints violents ont de la difficulté à reconnaître ou à exprimer d'autres sentiments que la colère. La différence entre une émotion primaire (p. ex., la tristesse ou l'anxiété) et une émotion secondaire (p. ex., la colère) a été abordée brièvement lors de la phase I (voir Greenberg et Johnson, 1988). À cette étape, elle exige un travail en profondeur, tel que décrit aux chapitres 4 et 6. Les hommes violents physiquement ont souvent de la difficulté à nommer et à exprimer des émotions plus douces, telles l'anxiété d'abandon ou de rejet, en raison de traumatismes subis au cours de l'enfance (p. ex., maltraitance et violence). S'ils ont des antécédents de jalousie et de contrôle, ils auront souvent une incapacité à être empathiques à leur conjointe et à lui exprimer de la joie ou de l'appréciation, surtout si celle-ci accumule des réussites personnelles et réalise des projets (p. ex., obtenir un diplôme, créer un nouveau cercle d'amis).

Les victimes de la violence physique et psychologique peuvent présenter une série de réactions émotives qui s'apparentent à l'état de stress posttraumatique. Le clinicien doit décider s'il est approprié de commencer le travail sur la composante émotive (anxiété, sentiment de trahison, colère, humiliation) dans les séances conjugales. Une concertation avec le clinicien en thérapie individuelle est recommandée. D'un côté, bien des victimes ne pourront pas avoir une pleine confiance si l'agresseur ne possède pas les habiletés à les écouter, à les comprendre et à valider leurs réactions émotives. De plus, si l'agresseur désire que la victime commence à vivre des sentiments de sécurité et de confiance envers lui, normalement et idéalement, il devrait exprimer des sentiments de regret et éventuellement demander le pardon. Cependant, le clinicien doit soulever la question du pardon si : *i)* la victime n'est pas prête à exprimer ses réactions émotives à la suite de la violence subie, *ii)* l'agresseur ne ressent pas de regret et n'est pas capable d'offrir ses excuses, accompagnées d'une émotion authentique, et *iii)* la victime croit qu'elle ne sera jamais en mesure d'avoir pleinement confiance en son conjoint, ni de lui pardonner. La vignette suivante illustre cette démarche de pardon.

Vignette clinique – Marie et Robert

Pour Marie et Robert, la question du pardon avait été abordée à plusieurs reprises au cours des phases I et II de la TCV. Lors des premières tentatives, Robert était peu convaincant lors de l'expression de ses regrets et ses demandes d'excuses. L'impact sur Marie (colère et méfiance) était à l'opposé de ce qu'il souhaitait. Cependant, une fois améliorés la communication, la gestion des émotions, le partage du pouvoir, la compréhension et la gestion de leurs styles d'attachement, Marie a été en mesure d'exprimer à quoi elle s'attendait comme message de pardon de la part de Robert. Ensuite, Robert a eu plusieurs occasions, lors des six derniers mois de la TCV, de faire ses demandes d'excuses en paroles et en gestes, qui peuvent se résumer comme suit : « Je ne peux pas effacer les souvenirs de ce que j'ai pu te

faire subir par mes gestes violents. Je sais que j'ai laissé des traces que tu n'oublieras pas. Par contre, je veux t'exprimer que je regrette profondément ce que j'ai fait. J'ai changé au cours de la thérapie et je peux t'assurer qu'il n'y a plus de risque que je te fasse mal à nouveau.»

Objectif 6. L'affirmation de soi, l'expression constructive de la colère versus celle de la violence

Pour atteindre cet objectif, le clinicien trace d'abord la différence entre affirmation (défendre ses droits sans violer les droits des autres) et agression (imposer ses droits sans égard aux droits des autres). Pour certains couples, l'introduction de l'expression constructive de la colère que l'on nomme «combat loyal» (sans attaque déloyale ou sans violence physique; Bach et Wyden, 1983) peut être utile (Wright, 1990; Wright et Sabourin, 1985). Le travail sur l'affirmation de soi sans verser dans les émotions de colère ou d'insécurité peut se faire en parallèle avec les modules sur la communication, la résolution de problèmes et la gestion du pouvoir. Cependant, les avantages d'inclure une composante sur le combat loyal chez certains couples sont multiples: *i)* les couples normaux sont en mesure d'exprimer des critiques et déceptions pendant qu'ils vivent des émotions de colère sans traverser la ligne de la violence; *ii)* il est pratiquement impossible d'avoir une vie conjugale sans frustration ni colère; *iii)* les pratiques de l'expression de la colère lors des séances permettent aux conjoints et au clinicien d'avoir des rétroactions précieuses sur l'état du progrès de chaque conjoint et de la dynamique conjugale; *iv)* enfin, les modèles de prévention de la récidive insistent pour que les clients pratiquent ces nouvelles compétences dans des situations les plus proches possibles de la réalité où ils vivent des émotions et croyances naturelles. Cependant, nous déconseillons au clinicien d'utiliser le module du combat loyal avec les couples qui ont eu de la violence physique ou psychologique extrême. Comme il est fréquent de voir des alcooliques qui peuvent difficilement devenir des buveurs contrôlés, la personne avec un lourd passé violent et son conjoint victime devraient simplement viser le principe de la tolérance zéro.

Objectif 7. L'acceptation, la tolérance et la gestion de la compatibilité

Plusieurs couples aux prises avec de la VC peuvent profiter de la grille d'analyse et de stratégies introduite par Jacobson et Christensen (1996) et décrite au chapitre 4 afin de gérer certaines facettes de leurs différences. La première série de stratégies vise à favoriser l'acceptation des différences et des incompatibilités entre les conjoints; la deuxième vise la tolérance. Il n'est pas question de déclencher une guerre des sexes («les hommes pensent et agissent de telle ou telle façon, alors que les femmes…»). Le clinicien doit présenter les avantages et inconvénients de chacun des styles de fonctionnement des conjoints. Le but est d'amener les conjoints à faire équipe et d'utiliser leurs styles différents de façon à maximiser les avantages et à réduire les inconvénients. Cependant,

nous insistons pour que l'application de ce module tienne compte des deux premières prémisses de la TVC, qui sont : *i)* la tolérance zéro de la violence et *ii)* le fait que l'agresseur est le seul responsable de sa violence. D'abord, l'intervenant soulignera que certains conflits entre les conjoints peuvent être attribués à des différences fondamentales entre eux sur le plan de la personnalité, des préférences et du style de fonctionnement cognitif et affectif. Il est utile que les conjoints décrivent comment leurs expériences de socialisation ont façonné leur style actuel. Une stratégie décrite par Jacobson et Christensen (1996), visant l'augmentation de la tolérance et pouvant être pertinente pour le traitement individuel et conjugal en VC, est le développement de la capacité de chacun des conjoints à prendre soin de lui-même (*self-care*). Voici un exemple tiré de la thérapie de couple de Claire et Donald.

Vignette clinique – Claire et Donald

Donald avait tendance à adopter une perception optimiste des événements futurs, préférant ne pas penser aux mauvais scénarios (« aussi bien s'amuser quand on le peut »). Claire avait tendance à adopter une vision pessimiste des événements futurs, préférant anticiper tout nouveaux scénarios (« une catastrophe est si vite arrivée, il faut être prêt à y faire face »). Ces différences entre leurs stratégies d'adaptation provoquaient certains conflits et critiques (Donald : « tu es trop pessimiste » : Claire « tu n'es jamais prêt »). Conformément au modèle d'acceptation, le clinicien a fait l'intervention suivante : « En dépit de vos différences, vous partagez une difficulté commune et un même désir de déployer des stratégies de résolution de problèmes. » En aidant chacun à reconnaître ce vécu commun, l'intervenant a tenté d'augmenter la capacité d'empathie réciproque.

Objectif 8. Gestion de l'attachement, possessivité et jalousie

La thérapie conjugale basée sur le modèle d'attachement est bien documentée (voir le chapitre 5) et de plus en plus de cliniciens commencent à l'incorporer au traitement individuel ou de groupe des hommes violents. Selon Sonkin et Dutton (2002), la théorie de l'attachement peut rehausser les modèles de traitement actuels de la violence conjugale. Dans beaucoup d'approches, le clinicien ne porte pas assez attention à l'expérience psychologique interne du client en regard de ses relations. En explorant ses représentations mentales inconscientes à l'égard de soi et des autres, le client peut commencer à comprendre pourquoi il a de la difficulté à régulariser ses affects ou pourquoi il a besoin de contrôler les autres comme moyen de régulariser l'affect d'attachement sous-jacent. Sonkin et Dutton (2002) proposent d'explorer les patrons d'attachement des hommes violents en utilisant les cinq tâches définies par Bowlby (1988).

1. Créer une base sécurisante d'attachement en thérapie pour que le client explore ses pensées. Le client a besoin de compréhension et de soutien pour explorer la douleur des expériences passées qui ont contribué à l'adoption de comportements violents. Le clinicien représente une figure rassurante qui peut fournir cette base sécurisante.
2. Explorer la nature des relations actuelles avec les figures d'attachement. Même s'il y a une assez grande constance dans les patrons d'attachement, différentes relations avec des figures d'attachement peuvent générer différents degrés d'insécurité.
3. Explorer la relation entre les expériences d'attachement dans l'enfance et les relations actuelles. Dans plusieurs cas, les conjoints qui utilisent la violence présentent dans leur enfance des traumas non résolus, des pertes et d'autres expériences relationnelles chargées émotionnellement. En thérapie, le client peut revisiter de telles expériences et explorer des aspects plus pathologiques de l'attachement non sécurisant comme la jalousie. Bien que la jalousie soit une émotion normale dans une relation intime caractérisée par l'exclusivité, elle peut causer des problèmes lorsqu'elle devient excessive. Dans de tels cas, elle est une réponse à la peur d'abandon et à la dépendance. Ainsi, le modèle d'attachement peut aider à comprendre de telles réactions possessives et de contrôle (Levy, Kelly et Jack, 2006).
4. Explorer la relation entre le client et le thérapeute, qui agit comme figure d'attachement. Le clinicien représente une figure d'attachement et il est fort possible que le système d'attachement soit activé à divers moments de la thérapie, de façon subtile ou non.
5. Trouver de nouvelles façons de régulariser l'anxiété lorsque le système d'attachement est activé. Le client doit être capable de réduire sa réactivité face aux signaux perçus comme une menace à sa sécurité et sa protection.

Nos recherches (Lussier et Lévesque, 2003) auprès de 89 femmes victimes de violence et ayant demandé de l'aide à une maison d'hébergement montrent que 91 % des femmes affichent des styles d'attachement non sécurisant (préoccupé = 32,6 %, craintif = 41,6 %, détaché = 16,8 %). Ainsi, il y a de fortes chances que le modèle d'attachement puisse s'appliquer au traitement individuel des femmes victimes de violence. Évidemment, l'application de ce modèle auprès de couples manifestant une problématique de violence exige des ajustements importants.

Au cours de la Phase II de la TCV avec Marie et Robert, Marie a développé graduellement plus de confiance en soi et d'acuité cognitive au sujet des coûts et avantages de leur dynamique relationnelle sur huit ans. Elle comprenait qu'il y avait une entente implicite entre eux à savoir que Robert était dominant dans leur couple. Avec la thérapie, elle insistait pour que les séances portent maintenant sur le partage du pouvoir et sur son indépendance. Elle désirait que Robert se prenne en main pour régler sa possessivité et sa jalousie. Au début, ce type d'affirmation de la part de Marie

provoquait chez Robert de la colère et un désir de contrôle (émotion secondaire). Le clinicien devait l'aider à reconnaître les émotions primaires très présentes, telles que la peur d'être abandonné ou de perdre Marie et le contrôle de sa vie. Le clinicien a aidé Robert à explorer sa dynamique familiale et plus particulièrement les effets de la violence de son père sur sa personnalité. Il était devenu inflexible et contrôlant envers son entourage par peur d'être abandonné et il s'était éloigné de ses émotions pour éviter d'être blessé à nouveau. Marie a aussi exploré les facettes de sa dynamique familiale et les relations parentales qui ont engendré une peur constante de rejet et d'abandon et un fort besoin de dépendre des autres. Le clinicien a souligné aux deux conjoints qu'ils avaient vécu une enfance qui favorisait les mêmes émotions primaires (peur de l'abandon), mais qu'ils avaient développé des façons opposées de les gérer : Robert était très dominant et contrôlant pour éviter d'être touché émotionnellement par les gens envers lesquels il était intimement lié, alors que Marie était très soumise et, du moins en surface, dépendante de la protection et de l'amour qu'elle recevait de Robert. Le clinicien les a aidés à comprendre que le contrat inconscient (Sager, 1976) qu'ils avaient au départ pouvait satisfaire leurs besoins mutuels, mais à la suite du trauma que Marie avait vécu et à son cheminement personnel constant, échelonné sur deux ans, elle désirait avoir accès aux mêmes sentiments de liberté et de contrôle que Robert.

Les premières fois que ce sujet a été abordé, le clinicien a rassuré Robert sur le fait qu'il avait des preuves tangibles que Marie l'aimait. Il lui a montré qu'il y avait de multiples avantages à vivre avec Marie si elle devenait plus indépendante. Ainsi, il aurait la preuve qu'elle est avec lui par amour intrinsèque et non par peur de sa colère ou parce qu'elle est sous son contrôle. La réaction transférentielle que le clinicien anticipait chez Robert a été immédiate sur le plan des émotions (trahison, colère et désir de contrôler le clinicien et sa femme), des pensées (« vous prenez pour ma femme et vous voulez qu'elle me quitte ») et du comportement (commentaires sarcastiques sur le non-réalisme de la recommandation du clinicien). Le clinicien s'est montré ouvert et soutenant et a décrit les réactions de Robert comme étant naturelles et saines. Toutefois, il a insisté sur le fait qu'il aurait autant à gagner, sinon plus, que Marie s'il trouvait de nouvelles façons de gérer son insécurité d'attachement envers Marie. Lors des séances subséquentes et lorsque Robert a montré des signes d'ouverture à accepter cette nouvelle entente (« rationnellement, mais pas émotionnellement »), le clinicien les a aidés à discuter des facettes de leur vie de couple sur lesquelles Marie désirait plus d'égalité. Ensemble, ils ont choisi la thématique des sorties avec les amis. Ils ont préparé des scénarios pour vérifier les émotions et les croyances que ce sujet suscitait (voir le chapitre 6). Lors de ces exercices, le clinicien a aidé Robert à trouver des stratégies pour qu'il prenne soin de lui (*self care*) et pour qu'il mette en place un autodialogue constructif (« si je l'aime vraiment, je vais lui laisser plus de liberté », « elle va être plus attachée à moi si je démontre que je ne la contrôle pas », « je sais qu'elle ne m'abandonnera pas, donc je peux m'amuser et penser à moi »), afin de mieux gérer ses sentiments de panique et de possessivité quand Marie sortirait avec des amies (activités sportives) et son fils.

Marie avait abordé et modifié en thérapie individuelle ses propres conduites d'attachement en faveur de nouvelles, plus égalitaires et sécurisantes. Donc, elle n'a pas eu les réactions émotionnelles d'ambivalence en séances de thérapie conjugale que nous observons souvent avec un couple où la femme a un style d'attachement non sécurisant et dépendant, telles que la panique et la colère face au clinicien quand des projets impliquant plus d'indépendance sont abordés.

Objectif 9. Sexualité et sensualité

Les victimes qui ont été contraintes d'avoir des relations sexuelles avec ou sans la force ou qui ont été traumatisées par de la violence physique ou psychologique peuvent afficher des séquelles multiples, telles que la baisse de la libido, la difficulté à se laisser aller lors des relations sexuelles, etc. Il y a beaucoup de variabilité entre les individus en ce qui a trait à la capacité de se remettre de ce type de trauma. En général, nous abordons le module sur la sexualité vers la fin de la TCV pour les motifs décrits aux chapitres 4 et 7. Parfois, c'est seulement une fois que les autres objectifs ont été atteints qu'une évaluation en profondeur des réponses sexuelles, telle que décrite au chapitre 7, est possible. Cette évaluation peut révéler des nouveaux défis : l'agresseur est à l'aise avec la sexualité seulement s'il a un rôle dominant ; la victime avait une faible libido avant le début de la violence ; l'homme violent a une paraphilie ou une sexualité atypique, etc. Les stratégies diagnostiques et d'intervention à suivre sont bien décrites au chapitre 7. Parfois le clinicien et le couple constatent qu'ils ont réussi à éliminer, au moins temporairement, la violence du couple, mais que la mise en place d'une sexualité satisfaisante pour les deux est un objectif inaccessible. Les femmes vivant dans la pauvreté et qui ont toléré la violence afin d'assurer une sécurité économique relative à leurs enfants et à elles-mêmes peuvent avoir un pronostic particulièrement sombre en ce qui concerne leur réponse sexuelle, même une fois que le conjoint a cessé d'être violent.

Objectif 10. Dynamique familiale, rôle parental et besoin précis chez les enfants témoins et ou victimes de la violence

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les séquelles des enfants victimes ou témoins de la violence conjugale sont bien décrites dans la documentation scientifique. Le clinicien doit en évaluer l'ampleur, discuter d'un plan de traitement avec les deux conjoints et parfois même avec leur thérapeute individuel. Dans les cas où les enfants sont victimes de mauvais traitements, il a l'obligation de rapporter cette situation à la protection de la jeunesse. Le fait de sensibiliser les parents aux répercussions possibles chez les enfants de la violence qui sévit entre eux est souvent un des motivateurs à rechercher de l'aide comme couple. Par exemple, il est important de leur dire que les enfants exposés à de la violence entre les parents souffrent habituellement de difficultés d'ajustement psychologique et social aussi bien au cours de leur enfance que de leur vie adulte

(Arias, 1999). Ils rapportent une grande variété de problèmes de comportements internalisés et externalisés, et ce, à une fréquence plus élevée que les enfants de familles non violentes (Emery, 1989 ; Fantuzzo *et al*., 1991 ; Jaffe, Wolfe, Wilson et Zak, 1986 ; Jouriles, Murphy et O'Leary, 1989). Ils affichent plus fréquemment des niveaux élevés de dépression et d'agression, ainsi qu'une plus faible estime de soi, que les enfants de familles non violentes (Forstrom-Cohen et Rosenbaum, 1985 ; Hughes, 1988 ; Hughes et Barad, 1983). Puisque les enfants provenant de familles où il y a de la violence sont souvent eux aussi victimes de violence, il est difficile de faire clairement la distinction entre les conséquences d'avoir été témoin de la violence entre les parents et celles d'avoir été victime des mauvais traitements d'un parent (Straus, Gelles et Steinmetz, 1980). Même s'ils n'ont été que témoins, leurs difficultés psychologiques et émotionnelles sont plus élevées que celles des enfants de familles non violentes (Hughes et Barad, 1983 ; Jouriles *et al*., 1989 ; Wolfe, Jaffe, Wilson et Zak, 1985). De tels effets peuvent aussi être médiés par la psychopathologie parentale, comme la dépression et l'anxiété chez les mères victimes de violence conjugale (Downey et Coyne, 1990 ; Hammen *et al*., 1987). Les stratégies précises d'intervention autour de la dynamique familiale et des rôles parentaux sont décrites au chapitre 4 et ne seront pas reprises ici.

Résumé de la phase II de la thérapie de couple de Marie et Robert

Au cours de la deuxième phase (qui a occupé plus de la moitié des 30 dernières séances de la TCV), le travail thérapeutique a consisté à mettre en place un plan visant l'augmentation progressive du temps passé ensemble selon un calendrier spécifique : *a)* une heure ; *b)* une sortie de trois heures en public ; *c)* une soirée en couple à la maison familiale ; *d)* une nuit passée ensemble ; *e)* un bloc de 24 heures ; *f)* une fin de semaine ; *g)* une semaine sur deux ; *h)* à plein temps. Le passage d'un niveau d'intimité à un autre a été discuté en thérapie, en séance de résolution de problèmes. Lors de chaque nouveau stade d'intimité, des stratégies nommées au chapitre 6 (expérimentations comportementales pour la production d'informations nouvelles sur les cognitions, intégration des interventions cognitives, comportementales et affectives afin de modifier les cognitions) ont été introduites afin de renforcer la capacité de Robert à contrôler sa violence et d'accroître les aptitudes des deux partenaires à poser des gestes de prévention très tôt lors de situations à risque.

État actuel du couple et de la famille

Robert et Marie vivent ensemble avec leur fils depuis trois ans, sans violence physique ou psychologique. La majorité des cibles thérapeutiques ont été atteintes. Robert manifeste encore un style d'attachement dépendant et non sécurisant, mais il est en mesure de reconnaître rapidement les émotions et croyances problématiques lorsque la situation devient anxiogène. Marie a consolidé sa confiance et son affirmation. Bien qu'elle aime Robert plus qu'avant, elle sait maintenant qu'elle n'hésiterait pas à mettre fin à leur relation de couple si la violence recommençait. Pendant les six derniers mois de la

phase II, il y a eu quatre séances de thérapie familiale et Dominique a pu s'exprimer sur ce qu'il a vécu en tant que témoin de la violence de son père et lors des escalades conflictuelles entre ses parents. La dynamique familiale et les comportements de Dominique ont évolué positivement après l'application des stratégies décrites au chapitre 4.

4. GESTION CLINIQUE DES SÉANCES DE TCV

La gestion clinique d'une séance de TCV présente plusieurs défis. La création et le maintien d'une alliance adéquate entre un thérapeute et un couple composé d'un conjoint physiquement violent et de sa conjointe victime ou de deux individus violents exigent des ajustements rapides. À cet effet, les stratégies déjà décrites aux chapitres 2 et 4 sont pertinentes. Le clinicien doit être prêt à valider les émotions chez la victime, car elles sont des conséquences de la violence subie (p. ex., le manque de confiance envers l'agresseur, la rage, le non-pardon, le non-désir de rapprochement, etc.). Évidemment, il faut trouver une façon de valider les émotions de l'agresseur**,** à la suite de changements apportés dans ses comportements (p. ex., moins de contrôle sur sa conjointe). Il faut s'assurer que ce geste de soutien n'est pas perçu par l'agresseur comme une approbation tacite de sa violence. La cothérapie composée d'une dyade mixte de thérapeutes est une formule avantageuse pour travailler dans les situations de violence (Kaufman, 1992). Une telle équipe peut faciliter la création d'une alliance avec les deux conjoints et proposer aux conjoints un modèle (*modeling*) de partenariat en termes de communication et de gestion des problèmes. Évidemment, la cothérapie permet le partage d'une responsabilité professionnelle et psychologique plus lourde en intervenant auprès de cette clientèle et elle prévient l'épuisement professionnel et d'autres réactions contre-transférentielles.

La gestion des séances de TCV exige une acuité particulière chez le clinicien pour qu'il soit toujours prêt à intervenir rapidement pour prévenir une escalade ou nommer des comportements inacceptables. Lors des premières séances de la phase I de la TCV, le clinicien doit être l'initiateur d'au moins 50 % des interventions, une situation similaire à la médiation en cas de séparation (voir le chapitre 15).

Voici plusieurs stratégies pertinentes, lorsqu'il y a dérapage dans la séance de thérapie conjugale, en raison d'une escalade rapide de l'agressivité, d'une dispute orageuse ou d'une détérioration de l'interaction.

1. Nommer rapidement (en moins d'une minute de l'incident) le style d'interaction au début de l'escalade conflictuelle ou de violence. Nous insistons sur le fait que la violence peut avoir lieu entre les deux conjoints ou être dirigée vers le clinicien.
2. Interrompre les deux partenaires (ou seulement un, si l'autre est silencieux), avec des phrases telles : « un moment, s'il vous plaît, j'aimerais que nous discutions de ce qui vient de se produire ».

3. Demander aux conjoints qu'ils s'adressent directement au clinicien, celui-ci servant d'intermédiaire entre eux.
4. Leur demander de nommer le style d'interaction inefficace et les conséquences qui en découlent.
5. Leur demander d'identifier l'événement, les croyances ou les émotions qui ont « déclenché » leur excès de comportement (accusations, injures, cris, menaces, etc.).
6. Vérifier s'ils peuvent proposer un autre moyen (moins agressif) d'exprimer leur colère.
7. Démontrer, par le *modeling* du clinicien, un autre moyen de régler la situation (stratégie positive).
8. Proposer un autre moyen de gérer la situation et leur demander de l'expérimenter.
9. Expliquer comment les émotions, croyances et comportements de chacun contribuent à l'escalade conflictuelle.
10. Remettre en question la pertinence des séances de couple si les deux partenaires ne respectent pas les démarches d'évitement d'escalades dangereuses. Ensuite, mettre en application le contrat.
11. Exiger des changements de leur fonctionnement journalier, afin de faciliter la maîtrise des interactions destructives (p. ex., effectuer une séparation temporaire, modifier les moments et la durée de leurs contacts, utiliser la présence de témoins modérateurs).
12. Arrêter immédiatement la séance quand il y a escalade de violence et suggérer deux séances individuelles consécutives.
13. Arrêter immédiatement la séance quand il y a escalade de violence et contacter la police.
14. Arrêter immédiatement la séance quand il y a escalade de violence et voir à ce que les conjoints quittent séparément le bureau (la victime en premier, en s'assurant qu'elle est en sécurité).

Les neuf premières stratégies sont employées si les deux conjoints respectent les règles de non-violence dans les séances et à l'extérieur. Si l'un ou les deux continuent à agir dans un mode agressif inacceptable, le clinicien doit activer l'entente établie en cas de violation du contrat de non-violence (10 à 14).

CONCLUSION

Un intervenant consciencieux se doit d'acquérir les compétences nécessaires pour bien évaluer, guider ou traiter un couple aux prises avec une problématique de violence conjugale. A l'intérieur de ce chapitre, nous avons démontré que le recours à la thérapie conjugale doit reposer sur un protocole diagnostique étoffé, des objectifs de traitement

clairement définis et un programme de traitement structuré qui prennent appui sur un nombre important de variables relatives à chacun des conjoints, à la dynamique relationnelle du couple, ainsi qu'à la nature de la problématique. Bien entendu, nous avons retenu les dimensions qui composent les phases d'évaluation et de traitement les mieux documentées théoriquement, cliniquement et empiriquement. Celles-ci tiennent compte aussi de la très grande hétérogénéité des couples aux prises avec un problème de violence. Puisqu'il n'y a pas de portrait unique ou de couple type, le défi de l'intervention en matière de violence conjugale en est d'autant plus grand. Donc, la recherche et l'intervention nous ont guidés vers un modèle multidimensionnel. Même si le modèle retenu a une forte connotation cognitive-comportementale, les inspirations des approches systémique, dynamique et centrée sur les émotions sont présentes. Nous croyons qu'un tel modèle intégrateur accroît l'efficacité des interventions. Toutefois, le clinicien doit toujours demeurer prudent face à une problématique de violence conjugale. Sa conduite professionnelle doit respecter les principes éthiques et légaux et viser, en premier lieu, la sécurité du conjoint victime et des enfants. Il ne faut jamais oublier que, peu importe l'intensité des gestes posés, la violence reste de la violence (Karpel, 1994).

RÉFÉRENCES

Arias, I. (1999). « Women's response to physical and psychological abuse », dans X.B. Arriaga et S. Oskamp (dir.), *Violence in Intimate Relationships,* Thousand Oaks, CA, Sage, p. 139-161.

Arriaga, X.B. et Oskamp, S. (1999). « The nature, correlates, and consequences of violence in intimate relationships », dans X.B. Arriaga et S. Oskamp (dir.), *Violence in Intimate Relationships,* Thousand Oaks, CA, Sage, p. 3-17.

Babcock, J.C., Green, C.E., Webb, S.A. et Graham, K.H. (2004). « A second failure to replicate the Gottman *et al*. (1995) typology of men who abuse intimate partners… and possible reason why », *Journal of Family Psychology, 18*, p. 396-400.

Babcock, J.C., Miller, S.A. et Siard, C. (2003). « Toward a typology of abusive women : Differences between partner-only and generally violent women in the use of violence », *Psychology and Women Quarterly, 27*, p. 153-161.

Bach, G.R. et Wyden, P. (1983). *Ennemies intimes*, Montréal, Le Jour.

Bartholomew, K. (1990). « Avoidance of intimacy : An attachment perspective », *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, p. 147-178.

Bartholomew, K., Henderson, A. et Dutton, D.G. (2001). « Insecure attachment and abusive intimate relationships », dans C. Clulow (dir.), *Adult Attachment and Couple Psychotherapy*, Philadelphie, Taylor and Francis, p. 43-61.

Bartholomew, K. et Horowitz, L.M. (1991). « Attachment styles among young adults : A test of a four-category model », *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, p. 226-244.

Baucom, D.H. et Epstein, N.B. (1990). *Cognitive-behavioral Marital Therapy,* Philadelphie, Brunner/Mazel.

Bookwala, J. et Zdaniuk, B. (1998). « Adult attachment styles and aggressive behavior within dating relationships », *Journal of Social and Personal Relationships, 15,* p. 175-190.

Bouchard, G.P. et Lee, C. (1999). « La violence contre l'épouse : les traitements de couple sont-ils appropriés ? », *Psychologie canadienne, 40*, p. 328-342.

Bowlby, J. (1988). *Clinical Applications of Attachment : A Secure Base*, Londres, Routlege.

Brannen, S.J. et Rubin, A. (1996). « Comparing the effectiveness of gender-specific versus couples' groups in a court mandated spouse abuse treatment program », *Research on Social Work Practice, 6*, p. 405-424.

Brault, M. et Guy, S. (1988). *L'emprise* [enr. vidéo], Montréal, Les Productions du Verseau.

Brennan, K.A., Clark, C.L. et Shaver, P.R. (1998). « Self-report measurement of adult-attachment : An integrative overview », dans J.A. Simpson et W.S. Rholes (dir.), *Attachment Theory and Close Relationships,* New York, Guilford, p. 46-76.

Capaldi, D.M. et Kim, H.K. (2006). « Typological approaches to violence in couples : A critique and alternative conceptual approach », *Clinical Psychological Review*, doi : 10.1016/j.cpr.2006.09.001.

Capaldi, D.M., Shortt, J.W. et Kim, H.K. (2005). « A life span developmental systems perspective on aggression toward a partner », dans W. Pinsof et J. Lebow (dir.), *Family Psychology : The Art of Science,* Oxford/New York, Oxford University Press, p. 141-167.

Carrado, M., George, M.J., Loxam, E., Jones, L. et Templar, D. (1996). « Aggression in British heterosexual relationships : A descriptive analysis », *Aggressive Behavior, 22*, p. 401-415.

Cascardi, M. et O'Leary, K.D. (1992). « Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women », *Journal of Family Violence, 7*, p. 249-259.

Cavanaugh, M.M. et Gelles, R.J. (2005). « The utility of male domestic violence offender typologies : New directions for research, policy, and practice », *Journal of Interpersonal Violence, 20*, p. 155-166.

Centre national d'information sur la violence dans la famille. (2004a). *Maisons de transition et d'hébergement pour femmes violentées au Canada*, Ottawa, Unité de prévention de la violence familiale, Agence de santé publique, <www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/2004Women_f.pdf>, consulté le 6 juin 2004.

Centre national d'information sur la violence dans la famille. (2004b). *Répertoire canadien des programmes de traitement pour les hommes violents envers leur conjointe*, Ottawa, Unité de prévention de la violence familiale, Agence de santé publique, <www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/2004Men_f.pdf>, consulté le 6 juin 2004.

Crowell, J., Gao, Y., Pan, H., O'Connor, E. et Waters, E. (1995). *Secure Base Scoring System for Adults,* document inédit, New York State University at Stony Brook.

Crowell, J.A. et Treboux, D. (1995). « A review of adult attachment measures : Implications for theory and research », *Social Development, 4*, p. 294-327.

Downey, G. et Coyne, J.C. (1990). « Children of depressed parents : An integrative review », *Psychological Bulletin, 108*, p. 50-76.

Dutton, D.G. (1995). *The Domestic Assault of Women* (2e éd.), Vancouver, University of British Columbia Press.

Dutton, D.G. (1998). *The Abusive Personality : Violence and Control in Intimate Relationships*, New York, Guilford.

Dutton, D.G., Saunders, K., Starzomski, A. et Bartholomew, K. (1994). « Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships », *Journal of Applied Social Psychology, 24,* p. 1367-1386.

Ehrensaft, M.K. et Vivian, D. (1996). « Spouses' reasons for not reporting existing marital aggression as a marital problem », *Journal of Family Psychology, 10*, p. 443-453.

Emery, R.E. (1989). « Family violence », *American Psychologist, 44*, p. 321-328.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002*). Enhanced Cognitive-behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach*, Washington, American Psychological Association.

Epstein, N.B., Baucom, D.H. et LaTaillade, J.J. (2006). « Marital problems », dans J. Fisher et W.T. Donahue (dir.), *Practitioner's Guide to Evidence-based Psychotherapy,* New York, Springer, p. 396-407.

Fantuzzo, J.W., DePaola, L.M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G. et Sutton, S. (1991). « Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, p. 258-265.

Fiebert, M.S. (1997). « Annotated bibliography : References examining assaults by women on their spouses/partners », dans B.M. Dank et R. Refinette (dir.), *Sexual Harassment and Sexual Consent,* New Brunswick, NJ, Transaction, p. 273-286.

Forstrom-Cohen, B. et Rosenbaum, A. (1985). « The effects of parental marital violence on young adults : An exploratory investigation », *Journal of Marriage and the Family, 47*, p. 467-472.

Gelles, R.J. et Cornell, C. (1985). *Intimate Violence in Families*, Beverly Hills, CA, Sage.

Gelles, R.J. et Straus, M.A. (1979). « Determinants of violence in family : Toward a theoretical integration », dans W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye et I.L. Reiss (dir.), *Contemporary Theories about Family*, New York, Free Press, p. 549-581.

George, C., Kaplan, N. et Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview* (3e éd.), unpublished interview, University of California, Berkeley.

Gottman, J.M., Jacobson, N.S., Rushe, R.H., Shortt, J.W., Babcock, J., La Tallade, J.J. *et al*. (1995). « The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers », *Journal of Family Psychology, 9*, p. 227-248.

Greenberg, L.S. et Johnson, S.M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*, New York, Guilford.

Guerin, P.J., Fay, L.F., Burden, S.L. et Gilbert Kautto, J. (1987). *The Evaluation and Treatment of Marital Conflict : A Four-stage Approach,* New York, Basic Books.

Hamberger, L.K. et Hastings, J.E. (1986). « Personality correlates of men who abuse their partners : A cross-validation study », *Journal of Family Violence, 1*, p. 323-341.

Hamberger, L.K., Lohr, J.M., Bonge, D. et Tolin, D.F. (1996). « A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse », *Violence and Victims, 11*, p. 277-292.

Hamel, J. (dir.) (2005). *Gender-inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse : A Comprehensive Approach,* New York, Springer.

Hammen, C., Gordon, G., Burge, D., Adrian, C., Jaenicke, C. et Hiroto, G. (1987). « Maternal affective disorders, illness, and stress : Risk for children's psychopathology », *American Journal of Psychiatry, 14*, p. 736-741.

Harway, M. et Hansen, M. (2004). *Spouse Abuse : Assessing and Treating Battered Women, Batterers, and Their Children,* Sarasota, FL, Professional Resource Press.

Heyman, R.E. et Neidig, P.N. (1997). « Physical aggression treatment in a couples format », dans W.K. Halford et H.J. Markman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Relationships and Couples Interventions,* New York, Wiley, p. 589-671.

Heyman, R.E. et Schlee, K. (2002). « Stopping wife abuse via physical aggression couples treatment », dans D. Dutton et D.J. Sonkin (dir.), *Intimate Violence : Contemporary Treatment Innovations,* New York, Haworth Maltreatment and Trauma Press, p. 135-157.

Hobson, C.J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C.M., Tiedmann, J.W. et Wojnarowicz, S. (1998). « Stressful life events : A revision and update of the Social Reajustment Rating Scale », *International Journal of Stress Management, 5*, p. 1-23.

Holmes, T.H. et Rahe, T.H. (1967). « The Social Readjustement Rating Scale », *Journal of Psychosomatic Medicine, 111*, p. 213-218.

Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. et Sandin, E. (1997). « A brief review of the research on husband violence. Part I : Maritally violent versus non-violent men », *Aggression and Violent Behavior, 2,* p. 65-69.

Holtzworth-Munroe, A., Beak Beatty, S. et Anglin, K. (1995). « The assessment and treatment of marital violence : An introduction for the marital therapist », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy,* New York, Guilford, p. 317-339.

Holtzworth-Munroe, A., Marshall, A.D., Meehan, J.C., Rehman, U. (2003). « Physical aggression », dans D.K. Snyder et M.A. Whisman (dir.), *Treating Difficult Couples : Helping Clients with Coexisting Mental and Rrelationship Disorders,* New York, Guilford, p. 201-230.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Herron, K., Rehman, U. et Stuart, G.L., (2000). « Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology » *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, p. 1000-1019.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Herron, K., Rehman, U. et Stuart, G.L (2003). « Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time ? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, p. 728-740.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Herron, K. et Stuart, G.L. (1999). « A typology of male batterers : An initial examination », dans X.B. Arriaga et S. Oskamp (dir.), *Violence in Intimate Relationships,* Thousand Oaks, CA, Sage, p. 45-72.

Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N. et Sandin, E. (1997). « Husband violence : Basic facts and clinical implications, dans W.K. Halford et H.J. Markman (dir.), *Clinical Handbook of Marriage and Couples Intervention,* New York, Wiley, p. 129-156.

Holtzworth-Munroe, A. et Stuart, G.L. (1994). « Typologies of male batterers : Three subtypes and the differences among them », *Psychological Bulletin, 116*, p. 476-497.

Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G.L. et Hutchinson, G. (1997). « Violent versus nonviolent husbands : Differences in attachment patterns, dependency, and jealousy », *Journal of Family Psychology, 11,* p. 314-331.

Hughes, H.M. (1988). « Psychological and behavioural correlates of family violence in child witnesses and victims », *American Journal of Orthopsychiatry, 58*, p. 77-90.

Hughes, H.M. et Barad, S.J. (1983). « Psychological functioning of children in a battered women's clinic », *American Journal of Orthopsychiatry, 53*, p. 525-531.

Jacobson, N.S. et Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy : Promoting Acceptance and Change,* New York, Norton.

Jacobson, N.S., Gottman, J.M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J. et Holtzworth-Munroe, A. (1994). « Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, p. 982-988.

Jaffe, P., Wolfe, D.A. et Wilson, S.K. (1990). *Children of Battered Women*, Newbury Park, CA, Sage.

Jaffe, P., Wolfe, D.A., Wilson, S.K. et Zak, B.A. (1986). « Similarities in behavioral and social adjustment among child victims and witnesses to family violence », *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, p. 142-146.

Johnson, M.P. (1995). « Patriarchal terrorism and common couple violence : Two forms of violence against women », *Journal of Marriage and the Family, 57*, p. 283-294.

Jouriles, E.N., Murphy, C.M. et O'Leary, K.D. (1989). « Interspousal aggression, marital discord, and child problems », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 453-455.

Kalmus, D. (1984). « The intergenerational transmission of violence in the family », *Journal of Marriage and the Family, 46*, p. 11-19.

Karpel, M.A. (1994). *Evaluating Couples : A Handbook for Practioners,* New York, Norton.

Kaufman, G. (1992). « The mysterious disappearance of battered women in family therapists' offices : Male privilege colluding with male violence », *Journal of Marital and Family Therapy, 18*, p. 233-244.

Lafontaine, M.F. et Lussier, Y. (2003). « Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité », *Revue canadienne des sciences du comportement, 35*, p. 56-60.

Lafontaine, M.F. et Lussier, Y. (2005a). « Does anger towards the partner mediate and moderate the link between attachment and intimate violence ? », *Journal of Family Violence, 20,* p. 349-361.

Lafontaine, M.F. et Lussier, Y. (2005b). « Violence conjugale : uniformité ou diversité ? », *Psychologie Québec, 22*(5), p. 20-23.

LaTaillade, J.J., Epstein, N.B. et Werlinich, C.A. (2006). « Conjoint treatment of intimate partner violence : A cognitive behavioral approach », *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, *20*, p. 393-410.

Leone, J.M., Johnson, M.P., Cohan, C.L. et Lloyd, S.E. (2004). « Consequences of male partner violence for low-income minority women », *Journal of Marriage and the Family, 66*, p. 472-490.

Levy, K.N., Kelly, K.M. et Jack, E.L. (2006). « Sex differences in jealousy : A matter of evolution or attachment history ? », dans M. Mikulincer et G.S. Goodman (dir.), *Dynamics of Romantic Love,* New York, Guilford, p. 128-145.

Lussier, Y. (1992). *Traduction française du Relationship Questionnaire,* document inédit, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lussier, Y. (1997). *Échelle révisée des stratégies de conflits conjugaux (CTS2)*, document inédit, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lussier, Y., Brassard, A., Valois, P. et Sabourin, S. (2004, Juillet). *Violence and Quality of Intimate Relationships over a Two-year Period*, communication affichée présentée au congrès de l'American Psychological Association, Honolulu.

Lussier, Y., Lemelin, C. et Lafontaine, M.F. (2002). *La violence conjugale dans les relations de fréquentation telle que perçue par les jeunes femmes*, communication orale présentée au congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Québec, mai.

Lussier, Y. et Lévesque, C. (2003). *Évaluation des caractéristiques des femmes fréquentant des centres d'hébergement pour victimes de violence conjugale,* document inédit, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

Mack, R.N. (1989). Spouse abuse : A dyadic approach », dans G.R. Weeks (dir.), *Treating Couples : The Intersystem Model of the Marriage Council of Philadelphia,* New York, Brunner/Mazel, p. 191-214.

Main, M. et Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Scoring and Classification System*, Version 6.3, manuscrit inédit, University of California at Berkeley.

Marlatt, G.A. et Gordon, J.R. (dir.). (1985). *Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*, New York, Guilford.

Mayseless, O. (1991). « Adult attachment patterns and courtship violence », *Family Relations, 40*, p. 21-28.

Meehan, J.C., Holtzworth-Munroe, A. et Herron, K. (2001). « Martially violent men's heart rate reactivity to marital interactions : A failure to replicate the Gottman *et al*. (1995) typology », *Journal of Family Psychology, 15*, p. 394-408.

Mikulincer, M. (1998). « Adult attachment style and affect regulation : Strategic variations in self-appraisals », *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* p. 420-435.

Murphy, C.M. et Eckhardt, C.I. (2005). *Treating the Abusive Partner : An Individual Cognitive-behavioral Approach*, New York, Guilford.

Murphy, C.M. et Hoover, S.A. (1999). « Measuring emotional abuse in dating relationship as a multifactorial construct », *Violence and Victims, 14*, p. 39-53.

Murphy, C. et O'Leary, K.D. (1989). « Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, p. 579-582.

O'Farrell, T.J., Murphy, C.M., Stephan, S.H., Fals-Stewart, W. et Murphy, M. (2004). « Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients : The role of treatment involvement and abstinence », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, p. 202-217.

O'Hearn, R.E. et Davis, K.E. (1997). « Women's experience of giving and receiving emotional abuse », *Journal of Interpersonal Violence, 12*, p. 375-391.

O'Leary, K.D. (1996). « Physical aggression in intimate relationships can be treated within a marital context under certain circumstances », *Journal of Interpersonal Violence, 13*, p. 450-455.

O'Leary, K.D. (1999). « Developmental and affective issues in assessing and treating partner aggression », *Clinical Psychology : Science and Practice, 6*, p. 400-414.

O'Leary, K.D. (2001). « Psychological abuse : A variable deserving critical attention in domestic violence », dans K.D. O'Leary et R.G. Maiuro (dir.), *Psychological Abuse in Violent Domestic Relations,* New York, Springer, p. 3-28.

O'Leary, K.D., Heyman, R.E. et Neidig, P.H. (1999). « Treatment of wife abuse : A comparison of gender-specific and conjoint approaches », *Behavior Therapy, 30*, p. 475-505.

O'Leary, K.D., Vivian, D. et Malone, J. (1992). « Assessment of physical aggression against women in marriage : The need of multimodal assessment », *Behavior Assessment, 14*, p. 5-14.

Perreault, R. et Lussier, Y. (2000). *L'attachement et la différenciation du soi comme variables prévisionnelles de la violence conjugale,* communication orale présentée au congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Hull, octobre.

Pistole, M.C. (1989). « Attachment in adult romantic relationships : Style of conflict resolution and relationship satisfaction », *Journal of Social and Personal Relationships, 6*, p. 505-510.

Réseau canadien de la santé (2007). *Traitement des partenaires violents : Quelles sont les mesures efficaces ?*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, <www.canadian-health-network.ca>, consulté le 22 mai 2007.

Roberts, N. et Noller, P. (1998). « The association between adult attachment and couple violence : The role of communication patterns and relationship satisfaction », dans J.A. Simpson et W.S. Rholes (dir.), *Attachment Theory and Close Relationships,* New York, Guilford, p. 317-350.

Rosenbaum, A. et O'Leary, K.D. (1986). « The treatment of marital violence », dans N. Jacobson et A. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Marital Therapy*, New York, Guilford, p. 385-405.

Rosenfeld, B.D. (1992). « Court-ordered treatment of spouse abuse », *Clinical Psychology Review, 12*, p. 205-226.

Sager, J.C. (1976). *Marriage Contracts and Couple Therapy : Hidden Forces in Intimate Relationships*, New York, Brunner/Mazel.

Shapiro, R. (1986). « Passing the buck : Too often therapists steer clear of violent cases », *Family Therapy Networker, 10*, p. 64-66.

Sonkin, D.J. et Dutton, D. (2002). « Treating assaultive men from an attachment perspective », dans D. Dutton et D.J. Sonkin (dir.), *Intimate Violence : Contemporary Treatment Innovations*, New York, The Haworth Maltreatment et Trauma Press, p. 105-133.

Statistique Canada (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique 2005*, Ottawa, Centre canadien de la statistique juridique.

Stets, J.E. et Pirog-Good, M.A. (1990). « Interpersonal control and courtship aggression », *Journal of Social and Personal Relationships, 7*, p. 371-394.

Stets, J.E. et Straus, M.E. (1990). « Gender differences in reporting of marital violence and its medical and psychological consequences », dans M.A. Straus et R.J. Gelles (dir.), *Physical Violence in American Families : Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families,* New Brunswick, NJ, Transaction, p. 151-165.

Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E. et Thomsen, C.J. (2004). « Treating intimate partner violence within intact couple relationships : Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*, p. 305-318.

Straus, M.A. (1979). « Measuring intrafamily conflict and violence : The Conflict Tactics Scales », *Journal of Marriage and the Family, 41*, p. 75-88.

Straus, M.A. (1999). « The controversy over domestic violence by women : A methodological, theoretical, and sociology of science analysis », dans X.B. Arriaga et S. Oskamp (dir.), *Violence in Intimate Relationships,* Thousand Oaks, CA, Sage, p. 17-44.

Straus, M.A., Gelles, R.J. et Steinmetz, S. (1980). *Behind Closed Doors : Violence in the American Family*, Andover Hills, MD, Anchor.

Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-Coy, S. et Sugarman, D.B. (1996). « The Revised Conflict Tactics Scales (CTS) », *Journal of Family Issues, 17*, p. 283-316.

Straus, M.A. et Sweet, S. (1992). « Verbal/symbolic aggression in couples : Incidence rates and relationships to personal characteristics », *Journal of Marriage and the Family, 54*, p. 346-357.

Swan, S. et Snow, D.L. (2002). « A typology of women's use of violence in intimate relationships », *Violence against Women, 8*, p. 286-319.

Walker, L.E.A. (1979). *The Battered Women,* New York, Harper et Row.

Walker, L.E.A. (1989). « Psychology and violence against women », *American Psychologist, 44*, p. 659-702.

Walker, L.E.A. (1990). « Response to Mills and Mould », *American Psychologist, 45*, p. 676-677.

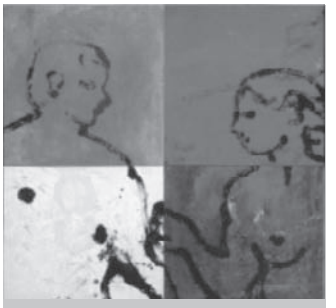
Walker, L.E.A. (1991). « Posttraumatic stress disorder in women : Diagnosis and treatment of battered woman syndrome », *Psychotherapy, 28*, p. 21-29.

Walker, L.E.A. (1996). « Assessment of abusive spousal relationships », dans F.W. Kaslow (dir.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns,* New York, Wiley, p. 338-356.

Wolfe, D.A., Jaffe, P., Wilson, S. et Zak, L. (1985). « Children of battered women : The relation of child behavior to family violence and maternal stress », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, p. 657-665.

Wright, J. (1990). *La survie du couple*, Montréal, Le Jour éditeur.

Wright, J. et Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple : Diagnostic et traitement,* Saint-Damase, Consultaction.



CHAPITRE

10

COUPLES ET TROUBLES ANXIEUX
Évaluation et intervention

Claude Bélanger, Andréa G. Leduc, Steffany Fredman, Ghassan El-Baalbaki et Donald H. Baucom

1. TROUBLES ANXIEUX ET RELATION DE COUPLE

La réaction anxieuse est essentielle et adaptée lorsqu'elle est vécue en situation de stress aigu. Elle signale une menace et permet à l'individu de fuir ou de se défendre face au danger (Cannon, 1932). La réponse anxieuse peut cependant s'emballer au-delà de ce que la situation ayant déclenché la réponse d'alerte justifie (Kleinknecht, 1991). Elle pose alors problème car elle perturbe les activités de l'individu et le rend dysfonctionnel à plusieurs niveaux (activités quotidiennes, professionnelles, familiales, etc.).

Lorsque le stress cause une grande détresse subjective chez la personne, il est donc probable que cette dernière souffre d'un trouble anxieux (American Psychiatric Association, 2003). La forme que prendra ce trouble sera fonction du type de préoccupations et de réponses dysfonctionnelles fournies : l'hypervigilance et la sensibilité par rapport aux sensations physiques, et évitement des situations ou lieux d'où il serait difficile ou gênant de s'échapper en cas d'attaque de panique (trouble panique avec agoraphobie, TPA) ; une peur excessive d'être critiqué, embarrassé ou humilié en raison de sa façon d'agir ou de son anxiété (trouble d'anxiété sociale, TAS) ; une tendance à éprouver des inquiétudes excessives et incontrôlables (trouble d'anxiété généralisée, TAG) ou des idées obsédantes et intrusives, et à manifester des comportements répétitifs visant la diminution de l'anxiété (trouble obsessionnel compulsif, TOC) ; ou finalement, à la suite d'un traumatisme vécu, le fait d'éprouver de la peur, de la détresse ou de l'horreur, des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme, un émoussement de la réactivité générale, de même que le fait de revivre cet événement traumatique en l'absence d'un danger imminent (trouble de stress posttraumatique, TSPT). Les troubles anxieux sont relativement courants puisque, selon une étude épidémiologique récente, le taux de prévalence à vie pour l'un ou l'autre de ces troubles serait de 29 % (Kessler *et al.*, 2005).

Il serait concevable qu'un trouble anxieux puisse être présent lors des consultations pour toute une pléthore d'autres problèmes pouvant amener la personne en thérapie, puisque ces troubles se manifestent souvent avec d'autres états psychiatriques (Levine, Cole, Chengappa et Gershon, 2001 ; Kessler, McGonagle, Zha, Nelson, Hughes et Eshelman, 1994). Lors d'une consultation pour problèmes de couple, il est donc relativement fréquent que l'un des partenaires soit anxieux (Marcaurelle, Bélanger et Marchand, 2003). Il est alors courant que ce problème ait un impact négatif sur le fonctionnement du couple ; une certaine distance pourra être observée en raison de l'impuissance des partenaires à régler le problème. Les partenaires pourront aussi adopter des stratégies inadaptées pour gérer ce problème. Ce patron relationnel dysfonctionnel pourra dès lors affecter la qualité de la relation conjugale. Dans ces cas, la fonction du trouble anxieux dans l'organisation de la relation devra être prise en compte dans l'intervention auprès du couple.

2. PATRONS D'INTERACTION ANXIEUX ET RELATION DE COUPLE

Lorsque l'un des partenaires souffre d'un trouble anxieux, il est fréquent que le couple puisse vivre de la détresse et de l'éloignement, surtout si le problème dure depuis un certain temps. Le couple risque en outre d'adopter un patron d'interaction mal adapté qui pourra incorporer des stratégies choisies par la personne anxieuse pour diminuer son anxiété. Comme nous le verrons plus loin, il n'est pas rare pour le partenaire non anxieux bien intentionné de vouloir rassurer et protéger son conjoint du stress en prenant par exemple en charge différentes responsabilités et en permettant à l'autre d'éviter les situations anxiogènes.

2.1. Patron basé sur la dépendance et la codépendance

L'état de la recherche actuelle ne nous permet pas d'établir un lien causal entre la dépendance maritale et les troubles anxieux. Est-ce le fait pour le partenaire d'être dépendant de l'autre qui le rend plus à risque de développer un évitement anxieux, ou à l'inverse le développement de ce patron qui alimentera sa dépendance ? Bien que la direction des effets ne soit pas claire lorsque la relation conjugale est dictée par un trouble anxieux, la personne anxieuse augmente souvent sa dépendance par rapport à son conjoint et peut dès lors commencer à adopter un rôle passif dans la relation. Le partenaire anxieux, puisqu'il évite les situations anxiogènes (p. ex., faire les courses pour une personne agoraphobe ou parler en public pour une personne anxieuse socialement), pourra solliciter l'aide ou la présence de son partenaire. Le conjoint non anxieux, quant à lui, pourra répondre à cette demande en effectuant les tâches appréhendées à sa place, ou en l'accompagnant lors des situations d'exposition. Même si l'intention de départ peut dans ce cas être bonne et partir d'un intérêt réel pour aider l'autre, ces comportements peuvent avoir comme résultat, d'une part, de réduire le nombre d'occasions qu'a le partenaire anxieux de confronter ses peurs et, d'autre part, d'alimenter la dépendance maritale. Le soulagement ainsi apporté pourra être réel et recherché dans une perspective à court terme, pour diminuer les manifestations désagréables de l'anxiété ; mais ce type de déresponsabilisation est délétère à long terme.

Ce processus peut s'installer graduellement et ne pas être évident au départ. La relation peut subtilement se modifier vers un patron interactionnel asymétrique, où le partenaire non anxieux joue le rôle de l'aidant. Ce dernier pourra en outre retirer une certaine valorisation personnelle de ce rôle de protecteur et ainsi alimenter la dynamique nouvellement créée. Ces patrons interactionnels asymétriques peuvent devenir très durables et résistants aux changements puisque plusieurs systèmes de renforcements les maintiennent en place. La situation peut cependant se chroniciser et devenir lourde à porter pour le conjoint non anxieux. Celui-ci peut devenir insatisfait et frustré de toutes les nouvelles responsabilités générées par les problèmes du conjoint. Il peut alors commencer à blâmer l'autre et à le critiquer, et lui mettre de la pression pour qu'il s'expose aux situations anxiogènes. Nous assisterons alors à un basculement, à partir d'une attitude de soutien surprotectrice jusqu'à une interaction où le blâme et la culpabilisation sont présents. Ce changement d'attitude peut engendrer un stress plus grand pour la personne anxieuse et augmenter son anxiété.

Dans ce patron d'interaction basé sur la dépendance ou la codépendance, l'attitude du conjoint est importante, car la recherche a démontré que la réaction des membres de la famille à la maladie peut avoir un impact sur le résultat du traitement des personnes anxieuses. Chambless et Steketee (1999) ont par exemple observé que chez les individus agoraphobes ou présentant un TOC qui suivent une thérapie d'exposition, l'hostilité de l'entourage, la remise en question des procédures thérapeutiques et l'invalidation du patient prédisent l'abandon prématuré du traitement et, chez ceux qui demeurent en traitement, des progrès thérapeutiques moindres. Ceci pourrait

s'expliquer par le fait que les personnes anxieuses vivant dans un environnement stressant et négatif font preuve d'une détresse psychologique plus marquée, ce qui, en retour, hypothèque leur motivation à tolérer un traitement difficile où ils doivent apprendre à confronter leurs peurs. En revanche, chez ce même type de sujets, la critique non hostile, centrée sur des demandes de changement précises, prédit moins d'évitement chez le conjoint agoraphobe lorsqu'il est confronté à des situations anxiogènes (Chambless et Steketee, 1999). Ces résultats laissent supposer que la façon dont l'entourage manifeste son insatisfaction par rapport aux comportements inadaptés peut avoir un impact significatif sur la motivation du patient et sur sa propension à abandonner ou, au contraire, à poursuivre son traitement et à en bénéficier. Le thérapeute pourra en conséquence aider le conjoint anxieux à s'exposer en amenant le partenaire à se servir de la résolution de problèmes pour identifier des cibles de changements précises et non accusatoires.

2.2. Patron basé sur le contrôle

La personne anxieuse pourra aussi adopter un patron d'interaction basé sur le contrôle rigide de son environnement afin de diminuer son anxiété; elle pourra dès lors poser des demandes au conjoint non anxieux et tenter de l'amener à adopter des comportements sécurisants pour elle. Une personne souffrant d'un TOC pourra par exemple demander à son conjoint de respecter un certain ordre de rangement ou de participer à ses rituels de nettoyage. De la même façon, la personne atteinte d'un TPA pourra exiger directement ou indirectement que l'autre l'accompagne dans ses déplacements, alors que le patient ayant un TAG pourra éprouver le besoin d'être constamment rassuré par son conjoint et en venir à poser des demandes fréquentes de réassurance. Le partenaire non anxieux se retrouvera alors dans une position de figure rassurante, cette position asymétrique l'amenant, comme on l'a vu, à renforcer des comportements d'évitement chez le partenaire anxieux. Cette recherche de réassurance est en outre renforcée puisque cette attitude chez le partenaire non anxieux diminue à court terme l'anxiété de son conjoint. Comme on l'a vu, ces interactions pourront devenir stables dans le temps et résistantes au changement. En outre, ces patrons peuvent contribuer à la détresse maritale lorsque le partenaire non anxieux se plie aux exigences ou au contrôle imposés par l'autre; ou alors lorsqu'il devient frustré, qu'il refuse le rôle qui lui est assigné et qu'il s'oppose aux demandes. La relation du couple sera de ce fait susceptible d'osciller entre une entente potentiellement délétère, puisqu'elle maintient le trouble, et des conflits parce que l'un ou l'autre refuse de se plier aux exigences inhérentes à ces patrons d'interaction.

2.3. Impact des patrons anxieux sur la planification de l'intervention conjugale

Lorsqu'un couple dont l'un des membres a un trouble anxieux se présente en thérapie de couple, il est important de faire une bonne évaluation de la problématique, non seulement pour cerner de façon plus générale les problèmes du couple, mais afin de

déterminer s'il y a présence d'un trouble anxieux et la gravité des difficultés associées à celui-ci. Si tel est le cas, il conviendra en outre de déterminer s'il y a entre les conjoints un patron de comportement inadapté pouvant maintenir le trouble anxieux. Par ailleurs, il est important de déterminer à quel point le changement du patron interactionnel d'un partenaire peut avoir un impact sur le couple. Par exemple, si le conjoint d'un partenaire agoraphobe a appris à montrer son intérêt et sa préoccupation en accompagnant le partenaire dans ses courses, il sera utile pour le thérapeute de travailler avec le couple pour qu'il envisage des solutions de rechange et des manières plus adaptées pour le conjoint non anxieux de montrer son soutien et son dévouement.

3. MODÈLE FONCTIONNEL DE LA RELATION CONJUGALE EN PRÉSENCE DE TROUBLES ANXIEUX

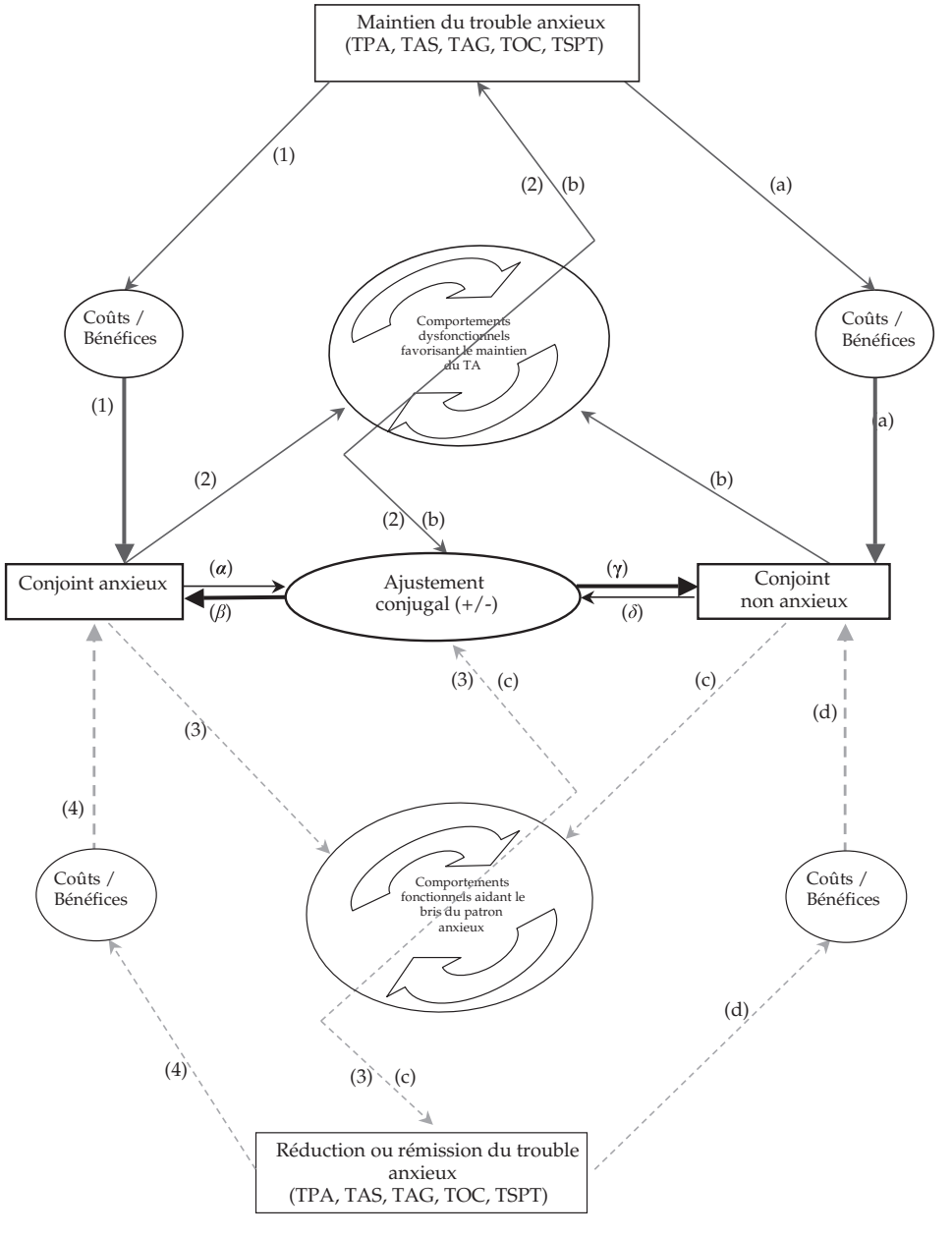
Nous pouvons donc voir qu'il existe différents patrons de comportements pathogènes et dyadiques que nous pouvons retrouver chez les couples où l'un des conjoints souffre d'un trouble anxieux. Le modèle que nous présentons à la figure 10.1 résume ces patrons. Notons que ce modèle ne rend pas compte d'une relation de cause à effet, mais plutôt d'une dynamique qui peut maintenir et affecter l'évolution tant du trouble anxieux présent dans le couple que de l'ajustement conjugal.

Les flèches en gras représentent les différents facteurs qui influencent la probabilité d'apparition d'un certain patron de comportement. Les circuits numérotés sont ceux du conjoint anxieux et les circuits alphabétiques sont ceux du conjoint non anxieux. Quatre circuits possibles représentant quatre dynamiques différentes peuvent être donc observés.

3.1. Premier circuit : le rapport coûts-bénéfices dans le maintien du trouble (1-2 ; a-b)

Le trouble anxieux peut induire des coûts pour le conjoint anxieux (réduction du fonctionnement et du rendement, sentiment d'incapacité et de dépendance, culpabilité par rapport aux impacts du trouble anxieux sur le partenaire, etc.), ainsi que des bénéfices secondaires (une répartition plus équitable des tâches quotidiennes, le fait de se sentir plus entouré, apprécié et accepté, d'avoir moins de responsabilités, etc.). De plus, les comportements pathogènes du conjoint anxieux affectent la dynamique conjugale (lien a). Quand les conditions sont telles que le conjoint anxieux trouve que les bénéfices secondaires tirés de son trouble sont supérieurs aux coûts qu'ils lui causent ou quand l'ajustement conjugal (lien b) est favorable au maintien de la pathologie (p. ex., il reçoit plus d'attention lorsqu'elle présente des symptômes que lorsqu'elle n'en présente pas), il aura davantage tendance à maintenir ses comportements sécurisants, de contrôle, ou d'évitement qui entretiendront à leur tour le trouble à long terme (la boucle du circuit 1-2). D'autre part, le trouble anxieux engendre, pour le conjoint non anxieux, des coûts

FIGURE 10.1
Modèle fonctionnel de la relation conjugale en présence de troubles anxieux



(frustration, fatigue, baisse d'intimité, etc.) ainsi que des avantages secondaires (p. ex., sentiment d'être nécessaire, commodité, etc.). Ce rapport coûts-bénéfices influencera à son tour ses comportements. Quand le conjoint non anxieux trouve plus d'avantages que d'inconvénients dans le maintien du trouble, ou qu'il lui est plus facile de s'accommoder aux exigences générées par le trouble que de risquer d'énerver ou de vexer le conjoint anxieux, il pourra réagir aux requêtes de ce dernier soit en répondant à ses demandes de réassurance, soit en participant, en sanctionnant ou en encourageant des comportements sécurisants ou d'évitement inadaptés (Amir, Freshman et Foa, 2000 ; Fredman, Chambless et Steketee, 2004), ce qui en retour pourra renforcer la manifestation des symptômes du partenaire anxieux (boucle a-b).

3.2. Deuxième circuit (combinaison) : le rapport coûts-bénéfices dans la décision commune de briser le patron anxieux (1-3 ; a-c)

Dans ce cas, les coûts du trouble (les flèches 1-a) sont supérieurs aux avantages secondaires pour les deux conjoints, et l'ajustement conjugal est perçu de façon consensuelle (b et g) comme étant menacé par les comportements des deux partenaires (a-b) qui s'adaptent aux effets de la pathologie. Le conjoint anxieux s'activera dès lors à briser les patrons de comportements anxieux (thérapie, efforts personnels, psychoéducation, etc.) (3) et, s'il est informé adéquatement, son conjoint non anxieux adoptera des comportements favorisant l'amélioration (encourager l'exposition, reconnaître les progrès, fournir un soutien sans renforcer la recherche de réassurance, etc.) (c). Ces comportements auront un impact (3-c) sur l'ajustement conjugal, en augmentant les comportements adaptés du couple, et sur le trouble anxieux, en réduisant la manifestation des symptômes. Cette amélioration engendrera à son tour pour les deux conjoints des coûts (changements dans les habitudes, plus de responsabilités pour le conjoint anxieux, etc.), mais aussi des avantages (plus d'autonomie pour le partenaire anxieux, augmentation du sentiment de contrôle, moins de temps perdu dans les comportements liés à l'anxiété, etc.) (4 et d). Quand le rapport coûts-bénéfices ou l'augmentation de l'ajustement conjugal sont plus avantageux pour les conjoints dans une dynamique de diminution des patrons de comportements anxieux, les boucles (3-4 et c-d) sont renforcées. Ce circuit montre une dynamique d'une relation fonctionnelle qui veut préserver un ajustement conjugal positif mais préalablement menacé par la pathologie.

3.3. Troisième circuit : le rapport coûts-bénéfices lorsque seul le conjoint anxieux veut changer (1-3 ; a-b)

Le conjoint anxieux veut ici briser les patrons de comportements pathogènes (1 et 3) mais le conjoint non anxieux résiste au changement (a et b). Cet antagonisme dans les choix est affecté par les coûts et les avantages que chacun tire du maintien ou non de la maladie. Cette situation sera particulièrement susceptible de se présenter si une

diminution des symptômes du partenaire anxieux interrompt les patrons d'interaction enracinés du couple et que les conjoints n'ont pas encore développé un nouveau mode relationnel libre de manifestations anxieuses.

3.4. Quatrième circuit : le rapport coûts-bénéfices quand seul le conjoint non anxieux exige le changement (1-2 ; a-c)

Le conjoint anxieux veut maintenir les patrons de comportements pathogènes (1 et 2) alors que le conjoint non anxieux veut les briser (a et c). Cet antagonisme dans les choix est affecté, d'une part, par les coûts et les avantages que chacun tire du maintien ou non de la maladie et, d'autre part, par sa perception de l'ajustement conjugal (g et b). Par exemple, le partenaire non anxieux pourra dans un premier temps tenter d'aider sa partenaire. Si toutefois le problème se maintient et qu'elle résiste au changement, il pourra céder et s'accommoder au trouble, ce qui renforcera avec le temps la manifestation des symptômes de sa conjointe anxieuse ; en retour, il pourra ressentir de la colère et de la frustration pour ensuite se retirer ou encore devenir critique. Comme on l'a vu, de tels comportements ont tendance à augmenter le stress et l'anxiété du partenaire anxieux, ce qui en retour le rendra plus à risque d'adopter des comportements inadaptés pour diminuer son anxiété.

Notons que ce modèle représente une structure fonctionnelle plastique et flexible. Quelle que soit la dynamique à un point donné de la vie du couple, un changement ponctuel peut générer des chaînes de modifications dans les choix et, par conséquent, dans la dynamique du modèle. L'homéostasie du système est alors rompue et la détresse peut devenir plus apparente. Il serait concevable que, lors de ces périodes de transition, ces brisures dans l'équilibre du système puissent générer chez le couple une insatisfaction propre à l'amener en consultation. Il conviendrait dès lors pour le thérapeute conjugal de bien comprendre le sens de la détresse rapportée, afin d'éviter de rétablir une homéostasie qui pourrait certes s'avérer bénéfique à court terme, mais nuisible à long terme.

4. TROUBLES ANXIEUX EN LIEN AVEC LE DYSFONCTIONNEMENT DE LA RELATION MARITALE

4.1. Trouble panique et relation de couple

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) est le trouble anxieux le plus fréquent : 50 % des patients anxieux suivis en thérapie consultent pour ce problème (Marchand et Boivin, dans Ladouceur *et al.*, 1999). Le taux de prévalence est de 2 à 6 % dans la population générale (Kessler *et al.*, 1994, dans Barlow, 2001). Ce trouble affecte les hommes et les femmes dans un ratio de 1:3. Le trouble panique peut se présenter avec ou sans agoraphobie. Le trouble panique sans agoraphobie (TP) est caractérisé par l'occurrence

soudaine d'attaques de panique (American Psychiatric Association, 2003). L'attaque de panique a un début soudain et elle est marquée par la présence de sensations d'anxiété intenses au niveau physique ; ces dernières sont interprétées comme symptomatiques d'un danger ou d'une catastrophe imminents. Les patients manifestent fréquemment une appréhension marquée de revivre ces attaques (American Psychiatric Association, 2003). Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) présente les mêmes caractéristiques, mais la personne manifestera en outre des comportements d'évitement par rapport aux lieux perçus comme pouvant être associés aux attaques de panique.

Ce problème anxieux a été associé à des dysfonctions dans les relations interpersonnelles (Marcaurelle, Bélanger et Marchand, 2003). Certaines études semblent en outre indiquer que les personnes souffrant du TPA sont moins ajustées ou satisfaites de leur relation conjugale (Lange et Van Dyck, 1992). Ainsi, dans une étude basée sur l'observation comportementale, Chambless, Fauerbach, Floyd, Wilson, Remen et Renneberg (2002) ont observé plus de comportements non verbaux négatifs et des échanges négatifs plus longs chez les couples où la conjointe présentait de l'agoraphobie, en comparaison avec les couples du groupe témoin. Même si ce type d'échange pourrait nous indiquer un style d'interaction inadapté au sein du couple, la direction de cette influence ne peut cependant pas être inférée à partir de cette étude descriptive : la détresse conjugale pourrait exacerber l'agoraphobie ou, à l'inverse, l'agoraphobie pourrait générer du stress au sein de la relation et contribuer ainsi à la frustration et à la colère de l'un ou des deux partenaires. La recherche a en outre démontré que lorsque le conjoint agoraphobe reçoit un traitement et qu'il y a une amélioration au niveau de ses symptômes, la satisfaction conjugale tend aussi à s'améliorer (Daiuto, Baucom, Epstein et Dutton, 1998). Même si plusieurs études confirment ce patron d'amélioration de la relation conjugale, d'autres recherches font cependant état d'un patron d'amélioration suivi d'une détérioration de cette relation conjugale.

Ce patron d'interaction agoraphobique, où le partenaire anxieux s'améliore alors que le couple n'a pas encore appris de nouveau patron de relation plus adapté, pourrait trouver son illustration dans le cas de Denis et Marlène. Nous pouvons voir comment leur relation s'est détériorée à la suite du traitement du TPA de Marlène. En effet, Marlène présente un TPA ainsi qu'un trouble d'anxiété sociale (TAS) secondaire. Elle consulte pour ses troubles anxieux. Pendant le traitement, elle s'améliore rapidement et elle devient vite plus indépendante de Denis pour ses sorties. Ce changement crée chez Denis de l'insécurité en raison de la rupture dans l'équilibre de la relation. Leur patron d'interaction était en effet caractérisé par une relation asymétrique où la dépendance de Marlène faisait contrepoids à son rôle de protecteur et d'aidant naturel. À la suite de la thérapie pour son problème de TPA, la relation ne cesse de se détériorer et les sources de conflit sont multiformes. Marlène propose donc à son conjoint de suivre une thérapie de couple au CLSC, mais Denis refuse de consulter puisque, selon lui, les problèmes sont issus du fait qu'elle a changé et qu'il ne la reconnaît plus. Ce refus et

la distance qui ne cesse de croître entre eux place Marlène dans un dilemme, puisque son amélioration au niveau des symptômes anxieux correspond à une détérioration de sa relation de couple (voir la figure 10.1, circuits 1-3 ; a-b).

Cependant, comme nous pouvons le voir dans l'exemple suivant, un couple dont le thérapeute évalue bien le fonctionnement en tenant compte des enjeux associés au TPA peut contourner les résistances au changement associées aux facteurs de maintien qui avaient cours au sein de la relation de Marlène et de Denis. Prenons l'exemple d'Hélène, une femme au début de la quarantaine, mariée depuis 15 ans à Robert. Ils décident de consulter en thérapie de couple car, depuis quelque temps, leur relation est de plus en plus conflictuelle. Leur problème a commencé il y a deux ans, lorsqu'Hélène a développé un TPA dans un contexte de deuil où elle avait perdu sa mère. Initialement, Robert était très soutenant et compréhensif par rapport à la situation, ce qui lui donnait aussi l'opportunité de prendre soin d'Hélène (p. ex., l'accompagner partout et rester à la maison avec elle lorsqu'elle se sentait anxieuse) et de sentir qu'il était important pour elle. Cependant, la tension occasionnée par l'évolution du TPA a contribué à un sentiment de surcharge grandissant chez Robert, en lien avec l'obligation de s'accommoder à l'anxiété d'Hélène (voir la figure 10.1, circuits 1-2 ; a-c). Au cours des séances, le thérapeute travaille avec les conjoints à briser ce patron et il tente de trouver avec eux de nouvelles façons plus adaptées d'interagir. Il encourage Hélène à pratiquer ses exercices d'exposition pour graduellement confronter ses peurs et il voit avec Robert de nouvelles façons de soutenir sa femme et de lui démontrer son affection en dehors du contexte du TPA.

4.2. Trouble d'anxiété sociale et relation de couple

Le trouble d'anxiété sociale (TAS) a plusieurs points communs avec le TPA dans ses liens avec la relation conjugale. Ce trouble, qui a une prévalence à vie variant entre 3 % et 13,3 % (Antony et McCabe, dans Antony et Barlow, 2002) se caractérise par une peur des situations sociales ou des situations de performance où la personne pourrait être jugée. L'individu craint le contact ou le regard d'autrui puisqu'il a peur d'agir de façon humiliante, d'être démasqué à cause de ses symptômes d'anxiété et d'être en conséquence jugé négativement par les autres (Antony et Swinson, 2000). La plupart des personnes souffrant d'anxiété sociale craignent certaines situations spécifiques (p. ex., manger ou écrire en public, les réunions sociales, etc.), la situation la plus redoutée étant celle de parler en public (Markway, Carmin, Pollard et Flynn, 1992). Ces personnes peuvent également être anxieuses dans une gamme de situations où elles doivent interagir avec les gens ; elles souffriront alors d'une anxiété sociale généralisée. Ce trouble ressemble au trouble panique (TP) puisqu'il implique, cognitivement, une hypervigilance aux symptômes de l'anxiété et, physiologiquement, une grande sensibilité à ces symptômes. La personne peut en outre subir des attaques de panique lors de situations

sociales anxiogènes. Dans les deux troubles se retrouvent finalement des comportements sécurisants inadéquats pour gérer l'anxiété et des comportements d'évitement des situations anxiogènes.

L'évitement des situations sociales présentes dans le TAS peut sous-tendre un certain isolement et une difficulté à développer des relations significatives et durables. Chez la personne en couple présentant un TAS, il serait concevable que le partenaire non anxieux puisse acquérir une fonction palliative au niveau des relations avec autrui. Comme on l'a vu à la section 2.1, le conjoint non anxieux peut dès lors développer un rôle de protecteur, ce qui pose problème au chapitre de la dépendance chez la personne souffrant du TAS, et impliquer un ajustement inadapté du partenaire non anxieux. Nous devons donc évaluer précisément les raisons et les dynamiques associées à la peur, afin de bien en comprendre l'impact et la fonction au sein du couple.

Cet état de fait peut sous-tendre plusieurs types de conflits, et l'évitement des activités sociales peut nuire à la relation conjugale, surtout si le conjoint non anxieux apprécie ce type d'activité et désire que son partenaire s'y engage aussi (Filsinger et Wilson, 1983). Il est en outre possible que le conjoint victime du TAS accepte difficilement de nouvelles responsabilités qui le confronteraient à des situations sociales et délègue la responsabilité de ces tâches à son partenaire non anxieux (Filsinger et Wilson, 1983), ou encore qu'il s'engage dans des comportements de recherche de soutien de la part du conjoint.

L'exemple de Laurence et de son conjoint Félix illustre cette dynamique. Laurence souffre d'un trouble d'anxiété sociale. Elle a en outre du mal à s'affirmer et elle est inhibée dans ses relations avec les autres. La peur de leur jugement hypothèque ses capacités d'établir et de maintenir des relations. Malgré tout, elle est en relation de couple avec Félix, qui s'avère être très sociable et chaleureux. Ce dernier est en charge de prévoir des activités sociales et il la rassure lorsqu'ils interagissent avec les autres. Néanmoins, la dépendance de Laurence à l'égard de Félix a renforcé son évitement des situations sociales et sa croyance qu'elle ne peut être adéquate socialement sans l'avoir à ses côtés. Félix se montre ambivalent par rapport à l'évitement de sa partenaire. Il se sent souvent un peu écrasé par la responsabilité de coordonner leurs activités sociales et d'être présent pour lui donner du soutien lorsqu'elle se sent anxieuse. D'un autre côté, le manque d'affirmation de Laurence amène cette dernière à éviter les confrontations avec Félix. L'évitement des conflits maintient un certain équilibre dans leur relation à court terme, mais hypothèque jusqu'à un certain point leur satisfaction mutuelle à long terme (Bélanger *et al.*, 1993a).

4.3. Trouble d'anxiété généralisée et relation de couple

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) touche environ 4 % à 5 % de la population et les taux de prévalence à vie suggèrent que ce problème puisse affecter plus de femmes (6,6 %) que d'hommes (3,6 %) (Ladouceur et Dugas, dans Ladouceur *et al.*, 1999). Ce

trouble se caractérise par une inquiétude excessive souvent exprimée sous forme de monologues intérieurs, de pensées ou d'images mentales chargées d'émotions négatives qui sont souvent difficiles à contrôler (Brown, O'Leary et Barlow, 2001). Ces représentations sont organisées par la personne souffrant du TAG sous forme d'un récit sans fin où les principales inquiétudes ne cessent d'être ruminées, reprises et réexaminées sans qu'une stratégie de résolution de problèmes efficace ne puisse être mise en place. Les inquiétudes les plus courantes concernent l'argent, la famille, le travail, la maladie et les relations interpersonnelles et familiales.

Les cognitions de la personne ayant un TAG se caractérisent donc par des inquiétudes portant sur des difficultés éventuelles, associées à des stratégies de résolution de problèmes inadéquates. Le moteur de l'anxiété pour la personne atteinte de TAG se situe au niveau de son intolérance à l'incertitude. Cette incapacité à supporter ce qui est incertain l'amènera à vouloir se rassurer en augmentant son niveau de certitude et éviter les situations ambiguës. Cette stratégie est efficace à court terme, puisqu'elle calme l'anxiété temporairement, mais elle est inefficace à long terme, puisqu'il y aura recrudescence d'anxiété lors des prochaines situations qui ne seront pas certaines.

L'impact potentiel de ce problème sur la relation de couple est ici peut-être moins direct et plus multiforme que cela n'est le cas pour d'autres troubles anxieux. La réassurance demandée pourrait être donnée par le partenaire non anxieux, et ce type d'échange mutuellement consenti deviendrait un facteur de cohésion ; ou alors certains changements dans l'équilibre de la relation et qui seraient imputables à l'anxiété pourraient générer du stress et de la détresse conjugale ; ce stress alimentant la problématique anxieuse, un cercle vicieux serait dès lors mis en place.

Le cas de Robert et Jeanne illustre cette dynamique. Robert manifeste en effet une forte tendance à être excessivement préoccupé et à se sentir extrêmement anxieux face à des situations impliquant de l'incertitude. Son médecin, qu'il consultait pour des indispositions gastriques, a diagnostiqué récemment chez lui un TAG. Il est très préoccupé par rapport à sa conjointe Jeanne, qui a amorcé dans sa vie plusieurs changements importants, comme un retour au travail à temps plein ; ce choix implique moins de temps passé à la maison. Ces changements perturbent Robert, qui se questionne par rapport à l'autonomie nouvellement acquise de Jeanne. Il craint, sans lui en parler, qu'elle ne décide de le quitter. Ce n'est pas tant la jalousie que l'incertitude et l'anxiété par rapport à cette situation incertaine qui l'habite. Il en arrive même parfois à considérer une séparation, puisque cette option serait pour lui, à la limite, moins anxiogène. Il se dit qu'il serait fixé dans ce cas et qu'il n'aurait plus à s'inquiéter de l'avenir, avec cette épée de Damoclès pendue au-dessus de sa tête.

Sophie et Jean, un couple dans la mi-cinquantaine, vivent une situation un peu différente. Ils entreprennent une démarche thérapeutique de couple. Ils viennent de vivre difficilement le départ de leur seul enfant de la maison. Le couple se sent profondément désemparé, car son garçon était l'élément de cohésion dans le couple et,

depuis son départ, un vide s'est installé au sein de la relation. Les partenaires sont confrontés à une retraite imminente et ils appréhendent les changements potentiels inhérents à cette étape de vie. Avant le départ de leur fils, ils fonctionnaient assez bien en couple. Leurs interactions tournaient cependant souvent autour du besoin d'être rassurée de Sophie. En effet, cette dernière souffre d'un TAG et elle se montrait toujours inquiète pour ses proches, alors que Jean était la figure stable et rassurante du couple. Leur relation n'était pas insatisfaisante puisqu'un équilibre existait. Les inquiétudes de Sophie étaient harnachées et n'étaient pas trop envahissantes, puisque Jean réussissait bien à la rassurer. Depuis le départ de leur enfant, les inquiétudes de Sophie ont augmenté substantiellement. Jean se sent dépassé par l'ampleur de la réaction de sa conjointe et il lui signifie souvent qu'il trouve son comportement déraisonnable et ses craintes, démesurées. Récemment, il a commencé à se retirer et il a cessé de la rassurer (voir la figure 10.1, circuits 1-2; a-c). Après tout, comme il le lui a souvent répété, leur enfant est assez vieux pour se débrouiller sans leur aide. L'équilibre du couple est donc brisé. Sophie perçoit son mari comme froid et Jean est frustré par rapport aux demandes incessantes de sa femme. Sophie se plaint d'anxiété, elle est irritable, elle souffre de maux de tête et elle accuse une baisse de libido. Récemment, contrairement à ses habitudes, elle a même décliné une offre d'accompagner Jean pour un bref voyage d'affaires, au cas où il arriverait quelque chose à leur fils pendant leur absence. Jean se sent moins important aux yeux de sa conjointe et il est en conséquence souvent irritable et distant.

4.4. Trouble obsessif compulsif et relation de couple

Le TOC se définit par la présence récurrente de pensées et d'images (obsessions) créant de la détresse et par des actions répétitives (compulsions) qui visent à repousser l'anxiété causée par les obsessions et à réduire l'inconfort (Whiteside et Abramowitz, 2004). L'individu souffrant de ce trouble est généralement conscient, ou l'a déjà été, du caractère déraisonnable et excessif de ses obsessions/compulsions, mais il ne peut les contrôler (American Psychiatric Association, 2003). La prévalence de ce trouble se situe à environ 2,5% de la population (Karno, Golding, Sorensen et Burnam, 1988, dans Edna et Franklin, 2001). Cependant, il se peut que le trouble atteigne un plus grand pourcentage d'individus, puisque certaines personnes sont mal à l'aise d'en parler, ce qui affecterait à la baisse la prévalence (Ladouceur, Rhéaume et Freeston, 1999).

Ce trouble anxieux présente certaines similitudes avec le TAG. Pour ces deux troubles, les patients présentent des idées intrusives (pensées ou images) et des doutes qui reviennent constamment en tête et qui provoquent de la détresse. Alors que le patient atteint de TAG éprouve une quantité excessive d'inquiétudes quotidiennes, celui qui souffre d'un TOC est confronté à des images ou pensées dérangeantes et bizarres (p. ex., la peur de blesser son enfant). Le caractère étrange de ces pensées peut contribuer à augmenter encore la peur, du fait qu'elles ne peuvent être bridées.

Le TOC est associé à une altération importante du fonctionnement social et interpersonnel chez les individus qui en souffrent (Bobes, Gonzalez, Bascaran, Arango, Saiz et Bousono, 2001). Il serait de ce fait plausible qu'il puisse être associé à une dysfonction de la relation conjugale. Ce lien entre dysfonction maritale et TOC est cependant modéré par une variable sociodémographique importante, puisque de 60 % à 70 % des individus ayant un TOC sont célibataires (Coryell, 1981 ; Hafner, 1988 ; Steketee, 1993 ; dans Steketee et Pruyn, 1998). Les hommes sont en outre plus à risque de demeurer célibataires que les femmes (65 % versus 40 %) (Steketee et Pruyn, 1998). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que l'âge d'apparition du trouble est plus précoce chez les hommes (entre 6 et 15 ans en moyenne) que chez les femmes (entre 20 et 29 ans en moyenne) (American Psychiatric Association, 2003). Les femmes auraient donc plus de temps que les hommes pour développer une relation conjugale stable avant la mise en place du trouble.

Dans une étude sur l'ajustement marital menée par Emmelkamp, Haan et Hoogduin (1990), presque la moitié des participants ayant un TOC éprouvaient de la détresse maritale. Ces résultats ne sont pas surprenants, en raison des exigences que peut engendrer le trouble sur les deux partenaires. Par exemple, une étude portant sur la famille indique à ce titre que près du tiers des personnes de l'entourage du patient participent aux comportements liés aux obsessions (par exemple accepter de ranger les choses dans un certain ordre), un autre tiers des proches prennent en charge les responsabilités autrefois assumées par la personne ayant un TOC (par exemple prendre la responsabilité de la cuisine puisque le conjoint a peur de la contamination), et le dernier tiers des proches rapportent rassurer fréquemment la personne souffrant du TOC (Steketee et Pruyn, 1998). L'étude révèle en outre que de 35 % à 40 % de ces familles modifient leurs activités ou leur routine pour accommoder le patient. La personne ayant un TOC se retrouve dès lors dans une position de contrôle qui peut s'avérer un renforçateur puissant des comportements compulsifs. L'exemple de Mélanie, qui contrôle son partenaire et toute la famille avec des exigences de nettoyage à la hauteur de ses obsessions et qui les culpabilise lorsqu'ils ne répondent pas à ses attentes, illustre cet état de faits.

Un autre exemple de cette dynamique conjugale où le TOC est présent se retrouve dans le couple formé par Francis et Lucie. Francis a comme activité d'acheter des maisons et de les rénover. Comme il souffre d'un TOC, il ne les garde cependant jamais très longtemps, car il est convaincu qu'il y a des produits toxiques dans les murs et dans les conduits de ventilation. Il est obsédé par l'idée que cela est nocif pour lui, sa femme et leur jeune bébé. Lorsque ce dernier commence à faire de l'asthme, Francis voit de prime abord un lien avec l'amiante ou encore un problème de ventilation dans la maison qui causerait l'apparition de champignons toxiques. Il entreprend donc de nombreuses vérifications de la qualité de l'air et plusieurs firmes spécialisées sont mises à contribution pour vérifier la présence de substances toxiques dans la maison. Sa femme a aussi l'impression d'être sous haute surveillance. Elle doit toujours tout nettoyer et il

la soumet à des rituels de vérification. Bien que tous deux soient conscients du caractère déraisonnable de ses demandes, celui-ci continue d'exiger et elle, d'obtempérer parce que lorsqu'elle refuse, son conjoint devient très en détresse et en colère (voir la figure 10.1, circuits 1-2; a-b). Il peut donc contrôler son anxiété par ces rituels; et l'objectif associé à des intentions cachées basé sur le contrôle est aussi atteint. Les gains secondaires étant ici importants, il serait concevable que le changement en thérapie de couple doive intégrer cette dynamique pour pouvoir être efficace. L'analyse du rapport coûts-bénéfices de ce mode d'interaction nous montre cependant que, en dépit des avantages précités, le couple est en détresse. Ils décident donc de consulter en thérapie de couple. Après une évaluation exhaustive de la dynamique du couple, le thérapeute réfère Francis pour une thérapie individuelle en parallèle de la thérapie conjugale.

4.5. Trouble de stress posttraumatique et relation de couple

Le trouble de stress posttraumatique (TSPT) résulte de l'exposition à un événement traumatique qui provoquerait de la peur, de la détresse ou de l'horreur chez l'individu (American Psychiatric Association, 2003). Il peut se manifester par le fait de revivre de façon persistante l'événement traumatique, par des comportements d'évitement des stimuli associés au traumatisme (activités, endroits, gens, etc.), par un émoussement de la réactivité générale ou par un état d'hyperactivité neurovégétative. Pour être diagnostiqué comme souffrant de TSPT, la personne doit vivre une souffrance cliniquement significative (atteinte du fonctionnement normal) pendant au moins un mois. Il y a plus de femmes (11,3%) souffrant de ce trouble que d'hommes (6%) (Marchand et Brillon, 1999). Il convient de noter qu'après un événement traumatique, la personne pourra vivre une réaction de stress aiguë, mais que seulement 20,4% des femmes et 8,2% des hommes vont manifester des symptômes pendant plus d'un mois et développer en conséquence un TSPT (Resick et Calhoun, 2001). La nature du traumatisme varie en fonction du sexe de la personne. En effet, les hommes en traitement rapportent plus souvent des événements liés à une agression physique ou à une expérience de combat dans les pays ayant vécu la guerre, tandis que les traumatismes chez les femmes sont plus souvent associés à des agressions ou des viols. La prévalence varie donc en fonction de la nature du traumatisme et du sexe. L'impact du trauma dépend du type de trauma, de sa localisation (à la maison, au travail, dans la rue, etc.), du lien avec l'agresseur, l'événement lui-même ainsi que des caractéristiques individuelles de la victime (Resick et Calhoun, 2001).

La dominance des dysfonctions associées au trouble de même que leur nature très perturbante affectent fréquemment le fonctionnement de la personne au niveau de ses relations conjugales (voir Monson, Stevens et Schnurr, 2005, pour une analyse du TSPT et de son traitement dans un contexte de couple). L'impact sur le couple pourra cependant être différent selon le type d'agression subie, qu'elle soit ou non de nature sexuelle. Deux scénarios distincts au niveau des impacts conjugaux peuvent donc être observés lorsque l'un des membres souffre de TSPT (Compton et Folette, 2002).

A. Le traumatisme est de nature sexuelle (viol ou abus sexuels subis pendant l'enfance)

Des abus sexuels pendant l'enfance ou des traumas d'ordre sexuel peuvent avoir un impact durable sur les capacités de la personne de développer et de maintenir des relations intimes. Il sera dans ce contexte fréquent pour la victime d'éprouver des difficultés dans ses relations de couple et les dimensions de l'intimité et de la sexualité pourront être directement touchées ; en effet, il peut devenir effrayant pour ces victimes de se sentir vulnérables avec leur partenaire en situation d'intimité sexuelle.

Lorsque l'événement traumatique est arrivé avant le début de la relation de couple, la personne peut s'investir dans cette relation avec une conception très stéréotypée des rôles dans le couple. Cependant, elle peut obtenir le contrôle de la relation d'une façon indirecte en limitant le développement de l'intimité (Compton et Folette, 2002). Ainsi, elle possède une partie du pouvoir et peut maintenir le détachement et l'évitement souvent observés chez les victimes de tels traumas. Des problèmes d'ordre sexuel peuvent aussi affecter la relation. Des dysfonctions sexuelles et une peur de l'intimité sexuelle peuvent être associées à l'événement traumatique. La personne peut par exemple vivre des *flash-backs* quand elle est dans une situation d'intimité sexuelle avec son partenaire, ce qui pourra l'amener à éviter les relations sexuelles et même les situations d'intimité pouvant y conduire.

Il peut aussi arriver que le trauma ait lieu alors que la personne est déjà en couple. La victime de TSPT pourra par exemple éprouver des difficultés sexuelles majeures à la suite d'un viol. Cette personne peut vivre un bris de confiance vis-à-vis des personnes de l'autre sexe en général, et de son conjoint en particulier (Compton et Folette, 2002). La victime peut dès lors être portée à déverser sa colère et son ressentiment sur l'autre. L'intimité sexuelle et émotionnelle peut être encore une fois associée à l'événement traumatique. La personne agressée sexuellement peut même avoir l'impression que son partenaire la blâme pour ce qui est arrivé, ou elle peut éviter d'avoir des relations sexuelles en raison de ses sentiments de peur et de honte. Le conjoint pourra souvent comprendre et soutenir la victime pendant la période de stress aiguë qui suit l'agression. Il pourra assumer la majeure partie des responsabilités du couple afin de la soutenir et de la protéger du stress et de l'épuisement. Il pourra alors prendre une quantité exagérée de responsabilités et adopter des comportements de sacrifice de soi (Fredman, Chambless et Steketee, 2004). Ceci pourrait être la conséquence non intentionnelle d'un renforcement par les deux partenaires de la perception que l'individu atteint du TSPT est une victime fragile, incapable de gérer les exigences de la vie, plutôt qu'un survivant capable d'affronter ses peurs et de se réengager dans la vie après une période de rétablissement. Cette solution pourrait éventuellement s'avérer problématique si le couple n'a pas élaboré de plan pour un retour éventuel à des habitudes relationnelles mieux équilibrées telles qu'elles avaient cours avant le traumatisme. Avec le temps, le conjoint peut en effet devenir frustré et irrité, particulièrement si ses efforts de rapprochement sont rejetés et que ses tentatives d'être soutenant ne sont pas appréciées.

Il pourra de plus se sentir rejeté ou accusé si l'évitement perdure et se chronicise avec le TSPT. Il peut en venir à attribuer à l'autre la responsabilité des problèmes engendrés par le TSPT et de leur impact sur la relation (Compton et Folette, 2002).

Prenons l'exemple d'Émilie, qui a été violée il y a quatre mois. Après cet événement, elle a développé une réaction de stress aiguë, et son médecin a diagnostiqué un TSPT il y a deux mois. L'essence même de sa relation de couple est affectée par ce viol. En effet, Émilie s'isole et elle prend ses distances par rapport à son conjoint Martin. Elle refuse la plupart du temps d'avoir des relations sexuelles et, lorsqu'elle y consent, elle éclate souvent en sanglots pendant la relation sexuelle ; par essence, les contacts sexuels sont pour elle un déclencheur pour revivre le traumatisme. Toute tentative de son conjoint de la consoler se heurte rapidement à une porte fermée. Ce dernier a vite appris que tout essai d'ouvrir cette porte sera perçu comme intrusif et qu'il deviendra rapidement la cible de la colère d'Émilie. Il porte encore en lui la brûlure cuisante de cette chicane mémorable où elle l'a accusé d'être lui-même un agresseur en puissance ! Son désir initial d'aider et de soutenir Émilie s'est donc rapidement émoussé et il entretient maintenant lui-même un ressentiment croissant à son égard. Émilie se sent coupable, mais elle est incapable de changer cet état de fait. Ce problème perdure depuis quelques mois et la relation commence à se détériorer de façon inquiétante. Les conflits sont de plus en plus présents et les deux conjoints décrivent un éloignement graduel et une perte d'intimité qui n'est pas sans les inquiéter ; en effet, tous deux ont envisagé la séparation récemment, et Émilie l'a même suggéré, après une discussion stérile dont tous deux sont sortis meurtris et amers. Voyant l'état critique de leur relation, Émilie et Martin décident d'un commun accord de consulter.

B. Le traumatisme est en lien avec une expérience de combat, une agression, un désastre naturel

À la suite d'une expérience traumatisante impliquant un combat militaire, une agression ou une catastrophe naturelle, la personne qui développe un TSPT expérimente une coupure dans sa manière de voir le monde et par rapport à la place qu'elle occupe dans celui-ci. Un changement de comportement peut donc s'opérer. Elle peut avoir tendance à s'isoler, à s'exprimer moins qu'avant, à être agressive et même à vivre un détachement émotionnel (American Psychiatric Association, 2003). Tous ces facteurs affectent l'entourage de la personne et particulièrement le ou la partenaire avec laquelle elle partage sa vie. Une étude de Solomon et de ses collègues (1992) montre à cet égard que le conjoint des personnes ayant un TSPT rapporte, à la suite de ce type d'événement traumatique, une baisse de satisfaction et moins de cohésion dans sa relation maritale (Solomon, Waysman, Belkin, Levy, Mikulincer et Enoch, 1992). Par ailleurs, la personne qui développe un TSPT voit son estime de soi diminuer. Elle pourra en conséquence développer une dépression et un manque de confiance en soi et aux autres. Ce manque de confiance peut s'avérer très toxique pour l'intimité des partenaires et remettre en question les bases mêmes de la relation conjugale.

Dans ce cas particulier aussi, un patron d'interaction dysfonctionnel peut s'installer. En effet, les conjoints peuvent voir un changement dans l'organisation et dans les rôles de chacun des partenaires. La personne atteinte du TSPT se met à éviter des activités, des personnes ou des endroits lui rappelant l'événement traumatique. Le conjoint non anxieux, parce qu'il se préoccupe de l'autre, peut inconsciemment renforcer l'évitement en agissant à sa place ou en acceptant les nouveaux rôles qui sont sollicités de lui (Calhoun, Beckam et Bosworth, 2002). Comme dans le cas précédent, les deux partenaires peuvent retirer des avantages (se sentir en sécurité pour l'un, être le protecteur pour l'autre), mais il peut y avoir des conséquences involontaires à ces patrons d'interaction. La victime peut s'éloigner de son conjoint ou manifester des crises de colère envers ce dernier. Une étude montre à cet égard que les partenaires de vétérans ayant un TSPT à la suite de situations de combat font face à un grand nombre de stresseurs associés à leur nouveau rôle de responsable des soins, comme la gestion des crises, des symptômes, de l'isolement social et des problèmes financiers de l'autre (Calhoun, Beckam et Bosworth, 2002). Enfin, il doit souvent gérer la pression qu'exerce le problème de son partenaire sur le système familial (Calhoun *et al.*, 2002). La nouvelle situation peut donc devenir un fardeau, causant de la détresse psychologique non seulement chez le partenaire atteint, mais aussi chez sa conjointe.

Ce patron d'interaction dysfonctionnel s'est développé dans le couple de Georges et Nicole. Cette dernière a été victime d'une agression à main armée à la banque où elle travaillait. Avant cet incident, elle avait toujours été le pilier et la responsable de la famille. Elle était consultée pour tous les problèmes et dans toute prise de décision pour elle, son conjoint et leurs quatre enfants. Toute la famille pouvait se fier à elle. Son conjoint était quant à lui plus effacé. Cependant, depuis l'agression, elle est très perturbée et n'est plus capable de retourner travailler. Elle est donc en arrêt de travail depuis maintenant un an. Depuis l'agression, toute la dynamique conjugale et familiale a changé. Nicole adopte maintenant un rôle plus passif où elle ne prend pas beaucoup de responsabilités. Elle ne veut plus entendre les problèmes des autres puisque selon elle, il ne lui est plus possible de supporter ce genre de stress. Georges occupe maintenant une place plus importante dans la relation puisqu'il est maintenant responsable d'effectuer les tâches qui étaient imparties à sa conjointe, mais qu'elle ne peut plus assumer. Nicole apprécie beaucoup le dévouement de son conjoint et affirme qu'elle ne pourrait avoir meilleur mari. Ce dernier apprécie aussi de pouvoir avoir voix au chapitre lorsque vient le temps de décider (voir la figure 10.1, circuits 1-2 ; a-b). Nous voyons donc ici que le TSPT est devenu en partie le facteur de cohésion du couple. Cependant, la satisfaction par rapport au nouvel équilibre au sein de la relation de couple devient ainsi un facteur de maintien du TSPT, en empêchant la victime de s'exposer et d'expérimenter de nouveaux apprentissages visant à augmenter son sentiment de sécurité.

5. INTERVENTION DE COUPLE LORSQUE L'UN DES PARTENAIRES SOUFFRE DE TROUBLE ANXIEUX

La prévalence des troubles anxieux et leurs liens potentiels avec le fonctionnement de la relation conjugale souligne clairement l'importance d'une évaluation exhaustive dans la planification d'une thérapie de couple lorsqu'un des partenaires présente un trouble anxieux. Le thérapeute, en tentant de comprendre la dynamique du couple et de ce qui a pu influencer le développement de la détresse maritale ou de la dysfonction relationnelle, devra définir la séquence d'apparition des problèmes afin de déterminer lequel de la détresse conjugale ou du trouble anxieux est apparu en premier. La thérapie conjugale prendra une direction différente selon la réponse apportée à cette question. Si l'anxiété est un moteur de la détresse conjugale, il deviendra dans ce contexte essentiel d'adresser les dynamiques anxieuses qui sous-tendent les interactions maritales dysfonctionnelles. Si, à l'inverse, la détresse maritale génère stress et anxiété chez les partenaires, il pourra alors être préférable de traiter le problème marital en premier lieu, avec la possibilité que cette intervention puisse avoir un impact indirect et positif sur le ou les troubles anxieux. Cependant, même si la détresse maritale devait précéder le trouble anxieux, une fois que ce dernier est bien établi, il pourra perdurer de manière indépendante et nécessiter une intervention parallèle au traitement des problèmes conjugaux.

5.1. Différents scénarios d'intervention en couple lorsqu'un partenaire présente un trouble anxieux

Baucom et son équipe (1998) suggèrent trois façons d'aborder le traitement en incluant au besoin le partenaire lorsqu'un membre du couple présente un trouble psychiatrique : l'intervention assistée du partenaire (IAP), l'intervention maritale spécifique au trouble (IMST), ainsi que la thérapie de couple (TC). Dans la modalité où les interventions sont assistées du partenaire, le conjoint est amené dans le traitement individuel de sa partenaire en tant que thérapeute substitut. La façon dont la relation conjugale est perturbée par le trouble ou agit sur le conjoint n'est toutefois pas abordée dans cette forme de traitement. À l'inverse, les interventions maritales spécifiques au trouble s'adressent à tout élément influençant les symptômes et elles cherchent à modifier les patrons interactionnels conjugaux qui contribuent au développement ou au maintien de la manifestation de symptômes chez la personne atteinte. Enfin, lorsqu'il y a des difficultés relationnelles et que ces problèmes existent indépendamment du trouble psychiatrique d'un des partenaires, la thérapie conjugale peut servir à diminuer les patrons interactionnels négatifs et promouvoir une relation plus saine. Comment aborder le traitement d'un trouble anxieux chez l'un des partenaires dans le contexte du couple ? Baucom, Stanton et Epstein (2002) décrivent une intervention assistée du partenaire (IAP), où la personne anxieuse est le « patient identifié » et le partenaire joue le rôle de thérapeute substitut ou de pair aidant. Ce dernier assiste habituellement le conjoint anxieux en l'accompagnant dans les sorties élaborées dans la hiérarchie d'exposition

in vivo. Par exemple, le conjoint d'une femme souffrant d'agoraphobie pourrait accompagner sa partenaire à pied jusqu'à la boîte aux lettres, puis jusqu'au bout de la rue, jusqu'à l'épicerie, puis en voiture jusqu'à une ville voisine et ainsi de suite. À mesure que la partenaire agoraphobe est apte à maîtriser des exercices d'exposition de plus en plus exigeants et qu'elle devient plus capable d'affronter ses peurs, le partenaire non anxieux devient graduellement moins impliqué, de telle sorte qu'à la fin du traitement, la partenaire agoraphobe peut faire ses exercices d'exposition seule. Le rôle du conjoint non anxieux est donc d'encourager l'autre à poursuivre son exposition, de renforcer ses efforts et de démontrer sa confiance face à sa capacité à persévérer tout au long du traitement.

Dans une intervention maritale spécifique au trouble anxieux (IMST), l'arrimage entre les symptômes et le mode de fonctionnement du couple est directement abordé et des efforts sont effectués pour adapter le style relationnel du couple de manière à ce que l'expression des symptômes du partenaire anxieux ne soit plus renforcée à l'intérieur du système communicationnel du couple. Les partenaires apprennent à communiquer de manière plus adaptée sans passer par le trouble anxieux comme outil relationnel, selon le mode dysfonctionnel abordé plus haut. La relation conjugale peut à ce stade avoir été altérée à un point tel que l'exposition informelle aux situations évitées est routinière et qu'elle fait partie des patrons d'interaction quotidiens.

Cette approche thérapeutique spécifique au trouble anxieux est illustrée dans le cas de Lise et de Paul. Lise présente des craintes de contamination liées à un TOC, une phobie spécifique de l'avion et un besoin compulsif de réconfort. Lors de quelques séances d'exposition et de prévention de la réponse, elle manifeste une diminution marquée de son anxiété liée au TOC et elle diminue son évitement. Toutefois, elle continue à s'engager dans des comportements excessifs de demande de réconfort et de réassurance auprès de Paul. Ces demandes portent sur ses peurs de la contamination et de l'avion. En voulant lui apporter son soutien, Paul continue de la rassurer en lui disant de ne pas s'inquiéter. Ils réalisent cependant tous deux que cette façon d'agir ne diminue l'anxiété de Lise que temporairement, et que le processus doit être continuellement recommencé. Au fur et à mesure que Lise et son thérapeute travaillent sur la fonction interpersonnelle de ces demandes de réassurance, Lise se rend compte qu'elle a appris dès son plus jeune âge que le fait de demander du réconfort était pour elle la seule manière d'obtenir à coup sûr du soutien et de l'attention de la part de ses parents. Pour s'attaquer à cette manière explicable mais néanmoins inadaptée de recevoir du soutien en tant qu'adulte, Lise et Paul ont participé à quelques séances de psychoéducation en couple. Ces séances ont porté sur l'anxiété et sur la fonction des symptômes anxieux dans le couple. Ils ont appris des façons d'interagir plus adaptées, où le conjoint peut apporter du soutien sans renforcer l'expression des symptômes. Le couple a bien répondu, de telle sorte que lorsque Lise tente de partager ses craintes de mourir d'une maladie ou dans un accident d'avion, Paul ne la rassure pas immédiatement. Lise peut de ce fait s'exposer et se désensibiliser aux sensations de l'anxiété. Paul a même pu

pousser son nouveau mode interactionnel jusqu'à répondre que même si le reste de la famille et lui-même seraient terriblement tristes si elle mourait, ils la garderaient toujours en mémoire et ils trouveraient du réconfort dans l'idée qu'elle a vécu une vie plus riche en apprenant qu'elle pouvait affronter ses peurs malgré son anxiété. Confortée par l'expression de la confiance de Paul en sa capacité à observer et confronter ses peurs, Lise a affronté sa crainte de la contamination sans rechercher du réconfort et elle a confronté sa crainte de prendre l'avion en effectuant plusieurs vols avec Paul d'abord, puis seule. Les époux prennent maintenant plaisir à voyager à l'étranger ensemble, ce qui leur permet d'avoir davantage de temps et de plaisir à partager en couple. Sans même établir une hiérarchie formelle d'exposition, en observant la planification qu'ils ont faite de plusieurs voyages, nous pouvons voir que Lise continue de s'engager dans des comportements d'exposition.

Le troisième scénario présenté plus haut est adopté si une détresse conjugale indépendante de celle qui est générée par le trouble anxieux est diagnostiquée. Une thérapie de couple (TC) peut en effet être indiquée dans ce cas. Cette intervention peut être subrogée à un objectif primaire, qui est l'amélioration de la relation conjugale, mais elle peut aussi avoir comme objectif secondaire la diminution du stress imposé aux partenaires et, en conséquence, une baisse de l'anxiété pour le conjoint anxieux. Plusieurs approches validées empiriquement existent pour traiter la détresse conjugale : la thérapie de couple cognitive-comportementale (TCCC), qui aborde les distorsions cognitives et les patrons comportementaux dysfonctionnels au sein de la relation ; la thérapie de couple behaviorale intégrée (TCBI), qui se centre à la fois sur le changement et sur l'acceptation, et sur la tolérance des différences individuelles entre les partenaires ; la thérapie pour couples centrée sur les émotions (TCI), qui met l'emphase sur les liens d'attachement des partenaires et sur le partage des émotions acceptables pour l'autre (p. ex., la tristesse, la douleur, la honte), plutôt que sur l'expression des émotions plus susceptibles d'être perçues comme menaçantes (p. ex., la colère) ; enfin, la thérapie maritale centrée sur l'*insight* (TMI), qui met l'accent sur l'exploration des éléments historiques et des relations antérieures chez chacun des partenaires dans un contexte développemental pour expliquer comment et pourquoi les deux partenaires interagissent d'une certaine manière dans leur relation actuelle (pour une recension de ces traitements, voir Baucom *et al.*, 1998 ; Snyder, Castellani et Whisman, 2005).

5.2. Évaluation et traitement

A. Évaluation du couple

Lorsqu'un couple dont l'un des partenaires souffre d'anxiété consulte en thérapie de couple, il est important d'effectuer une évaluation détaillée de la dynamique conjugale, de la fonction du trouble anxieux au sein du couple, et de se faire un aperçu du fonctionnement global du couple. L'histoire longitudinale de la personne anxieuse sera en outre complétée, avec une attention particulière portée aux symptômes qui remplissent

une fonction au sein de l'organisation de la relation. Lors de cette évaluation longitudinale, le clinicien devrait questionner le partenaire anxieux par rapport au début de son trouble, à sa gravité, et quant à toute fluctuation dans son intensité. Il mettra ces paramètres en lien avec la relation conjugale et il tentera de voir avec les conjoints si la détresse maritale précédait, ou au contraire si elle a été une conséquence du trouble anxieux. Les traitements antérieurs, la médication actuelle, l'utilisation de substances non prescrites et tous les déclencheurs qui semblent exacerber l'anxiété seront de plus abordés. Il peut aussi être utile d'utiliser des questionnaires validés et spécifiques à la problématique du trouble anxieux, afin d'apporter de l'information complémentaire à l'entrevue (voir McLean et Woody, 2001 pour un compte rendu des mesures autorapportées et des techniques d'évaluation pour les divers troubles anxieux). Les tableaux 10.1 et 10.2 en fin de chapitre donnent un aperçu des questions clés à poser lors de l'évaluation, ainsi que des questionnaires qui peuvent être utilisés pour chaque trouble anxieux. Cependant, une certaine prudence est de mise dans l'utilisation des mesures autorapportées. En effet, les questionnaires ne doivent pas remplacer l'opinion clinique, mais servir à appuyer celle-ci. Également, dans le cas où une problématique anxieuse ressortirait, le thérapeute doit évaluer l'impact de ce trouble au sein du couple. En effet, l'intervention maritale spécifique au trouble n'est de mise que dans les cas où le trouble a un impact sur la relation. Le thérapeute doit donc évaluer la nature de l'impact, l'évolution dans le temps, la présence d'aspects positifs dus à la problématique anxieuse, etc.

Pour évaluer la présence d'un arrimage entre le système de communication au sein de la relation et les symptômes, le couple sera rencontré et une analyse fonctionnelle du problème, des symptômes du partenaire anxieux et des réactions de l'autre partenaire sera menée à terme. Par exemple, dans le cas de Lise et de Paul rapporté plus haut, où Lise présentait un TOC, une phobie de l'avion et un besoin compulsif de réconfort, le thérapeute cherche avec eux un exemple récent d'un échange lié à la réassurance et il note pour les deux partenaires les cognitions, les comportements et les émotions survenus avant, pendant et après l'interaction. Après avoir fait une analyse fonctionnelle de cet échange (p. ex., il détermine où et quand a eu lieu l'événement, ce que chacun des deux partenaires a fait et dit à ce moment, etc.), le thérapeute apprend que Lise regardait une émission de télévision mettant en scène une protagoniste atteinte du cancer du sein ; elle a eu à ce moment la pensée qu'elle pourrait aussi avoir ce type de cancer. Elle s'est ensuite sentie anxieuse. Elle a donc réagi à son anxiété de la manière habituelle, en tentant d'être rassurée. Elle a, de façon prévisible, demandé à Paul : « Est-ce que tu penses que je pourrais avoir le cancer puisque, comme le personnage du téléroman, j'ai une tante qui est morte du cancer du sein ? » Paul a tenté de soutenir Lise en la rassurant, et il lui a répondu: « Non, je suis certain que tu n'as pas le cancer. » Lise a réagi en se sentant temporairement moins anxieuse, et elle s'est sentie proche de son mari parce qu'elle s'est perçue comme importante à ses yeux. Elle a cependant admis s'être réveillée le lendemain en se sentant aussi anxieuse que la veille, et que son réflexe avait alors été de demander à Paul de la rassurer de nouveau. Elle était cependant ambivalente à ce stade puisqu'elle ne savait pas comment réagirait Paul. Cet

TABLEAU 10.1
Questions clés (tiré de l'ADIS-IV)

Trouble panique avec agoraphobie
- Avez-vous présentement des poussées d'anxiété soudaine et très intense ?
- Ces sensations arrivent-elles de façon inattendue et spontanée ? Si oui, combien de temps s'écoule-t-il avant que l'anxiété n'atteigne son apogée (moins de 10 minutes) ?
- Combien d'attaques de panique avez-vous eues au cours du dernier mois (quatre par mois) ?
- Anticipez-vous la survenue d'autres attaques de panique ?
- Craignez-vous les conséquences de vos attaques de panique ?
- Y a-t-il eu un changement dans vos comportements à la suite de vos attaques de panique (comportements d'évitement sécurisants) ?
- Évitez vous certaines situations par crainte de paniquer ?

Trouble d'anxiété sociale
- Dans les situations sociales où vous pouvez être observé(e) ou évalué(e) par les autres, vous sentez-vous anxieux(se) ?
- Êtes vous préoccupé(e) par le risque de faire ou dire des choses embarrassantes ou humiliantes devant les autres et d'être jugé(e) négativement ?
- Que craignez-vous dans ces situations ? Êtes vous anxieux(se) presque chaque fois que vous y faites face ?

Trouble d'anxiété généralisée
- Au cours des derniers mois, avez-vous eu des inquiétudes excessives à propos de plusieurs événements ou aspects de votre vie quotidienne ?
- Qu'est ce qui vous inquiète (combien de sources d'inquiétude) ?
- Combien d'heures par jour passez-vous à vous inquiéter ?
- Est-ce que votre entourage trouve que vous vous inquiétez de façon excessive ?
- Est-ce que quelqu'un vivant les mêmes situations que vous s'inquiéterait autant que vous ?
- Quelles sont les conséquences négatives redoutées ?
- Avez-vous des comportements sécurisants (vérifications, mesures de prévention, chercher à être rassuré, distraction) ?

Trouble obsessif-compulsif
- Êtes-vous dérangé(e) par des pensées/images/impulsions qui vous reviennent constamment à l'esprit, qui semblent insensées mais que vous ne pouvez pas contrôler ?
- Avez-vous des comportements ou des pensées répétitives afin de soulager l'anxiété ?
- Quel est le pourcentage de la journée occupé par vos obsessions/compulsions ?
- Quel est le pourcentage de croyance en chaque obsession/compulsion au moment où elle occupe votre esprit (sur une échelle de 0 à 10) ?
- Avez-vous conscience ou déjà eu conscience de leur caractère excessif ?

Trouble de stress posttraumatique
- Y a-t-il présence d'un événement traumatisant dans le présent ou dans le passé ?
- Préciser l'événement.
- Y a-t-il présence de souvenirs/pensées intrusives/rêves/sentiment de détresse en se rappelant l'événement ?
- Y a-t-il présence d'évitement/émoussement de la réactivité générale ?
- Y a-t-il présence d'activation neurovégétative (trouble du sommeil, de l'attention, hypervigilance) ?
- Les symptômes durent-ils depuis plus d'un mois ?
- Y a-t-il présence de détresse importante ?

TABLEAU 10.2
Questionnaires

Trouble panique avec agoraphobie
• Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA ; Chambless, D.L., 1985 ; traduction de Stephenson, R. *et al.* , adaptation de Bouvard, M.)
• Questionnaires des sensations physiques et questionnaire des pensées phobiques (QSP, QPP ; Chambless, D.L., 1984 ; traduction de Lachance, S.)
Trouble d'anxiété sociale
• Échelle de phobie sociale de Liebowitz (Liebowitz, M.R., 1987 ; traduction de Lépine, J.P., Cardot, H. ; adaptation de Bouvard, M.)
• Questionnaire des conduites interpersonnelles (Arrindell, W.A., 1984 ; traduction de Boisvert, J.M)
Trouble d'anxiété généralisée
• Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (Dugas, M.J., Freeston, M.H., Lachance, S., Provencher, M.D. et Ladouceur, R., 1995)
• Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (Meyer, T.J. *et al.*, 1990 ; traduction de Letarte, H., Freeston, M. et Ladouceur, R., 1991)
Trouble obsessif-compulsif
• Inventaire de Padova (Sanavio, E., 1988 ; traduction de Freeston, M.H.)
• Échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown (Goodman, W. *et al.*, 1989 ; traduction de Mollard, E.)
Trouble de stress posttraumatique
• Échelle d'expérience traumatisante (Evers, M. et Villered, G.L. ; traduction et validation de Stephenson, R., Brillon, P., Marchand, A. et Di Blasio, L., 1995).
• Échelle modifiée des symptômes traumatiques (Falsetti, S.A., Resnick, P.A., Kilpatric, D.G., 1992 ; traduction de Stephenson, R., Brillon., P., Marchand, A. et Di Blasio, L.)

entretien apprend également au thérapeute qu'il est difficile pour Lise et Paul d'avoir des échanges et des manifestations de soutien en dehors de ces échanges basés sur le besoin d'être rassurée chez Lise, et que ces interactions prennent parfois l'allure d'une monnaie d'échange entre les partenaires.

Le thérapeute pourrait aussi à cette étape demander aux partenaires de s'engager dans des échanges où ils discutent de la fonction du trouble anxieux au sein du couple ou se livrent à des stratégies de résolution de problème. Ces interactions feront ensuite l'objet d'une cotation comportementale des stratégies interactionnelles problématiques. Une cotation standardisée des échanges de résolution de problème (Bélanger *et al.*, 1993b) ou visant la surimplication émotionnelle comme l'intrusion ou la surprotection, le sacrifice de soi excessif et l'adaptation à la maladie, et l'exagération des réponses émotionnelle face au bien-être du patient (Fredman, Chambless et Steketee, 2004 ;

Bélanger, El-Baalbaki, Marchand et Fredman, 2004) pourrait aussi être effectuée à partir de cet échange. Ces différentes stratégies de mesure ont pour objectif de dégager les principales tactiques communicationnelles du couple, de même que l'impact du trouble anxieux au niveau de leur relation. À cette étape, le thérapeute doit également déterminer si l'un ou l'autre des partenaires devrait consulter en thérapie parallèle, tel qu'on l'a mentionné plus haut. Le cas échéant, le thérapeute devra discuter avec le couple de la possibilité que certains impacts de cette démarche puissent se répercuter au sein de la relation. Ceux-ci pourraient être imputables aux changements d'ordre personnel chez le partenaire consultant en parallèle (par exemple le développement de l'indépendance).

En dernier lieu, il sera utile pour le clinicien d'évaluer le fonctionnement général du couple en dehors du contexte du trouble anxieux. Tel que décrit par Epstein et Baucom (2002) et au chapitre 2 du présent livre, le clinicien peut tracer l'histoire de la relation de couple (p. ex., comment ils se sont rencontrés, ce qui les a attirés l'un vers l'autre, les facteurs de cohésion qui les a amenés à demeurer ensemble), dresser un portrait de leurs forces et de leurs faiblesses en tant que couple (p. ex., comment ils gèrent leurs conflits ou désaccords et leurs stratégies de résolution de problèmes), leurs besoins et objectifs individuels, leurs patrons de communication, et les interactions avec les autres personnes et systèmes présents dans leur environnement. Les informations recueillies lors de cette entrevue peuvent aussi être bonifiées par différentes données provenant de mesures autorapportées qui mesurent par exemple la satisfaction et l'engagement conjugal, certaines stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes, l'attachement, etc.

B. Intervention auprès du couple

Après une évaluation exhaustive de la dynamique de couple et de la fonction du trouble anxieux au sein de la relation, le thérapeute met en place une séance visant la **rétroaction** des résultats auprès des partenaires. Lors de cette séance, le thérapeute présente aux partenaires un modèle fonctionnel de leur relation de couple (voir la figure 10.1). Les résultats de l'évaluation, les différentes données issues de l'entrevue clinique, des questionnaires et des mesures comportementales sont le cas échéant partagés avec les partenaires. L'intervenant discute avec eux de la place et de la fonction du trouble anxieux au sein de la dyade. Les rapports coûts-bénéfices et les facteurs de maintien du trouble, les agendas cachés et autres motivations pouvant avoir un impact sur l'intervention sont aussi abordés ici. Il discute finalement de leurs attentes par rapport à la thérapie.

La seconde étape de **ce bilan** a comme objectif la mise sur pied d'une entente par rapport au plan d'intervention. Le thérapeute discute avec les conjoints du mode d'intervention pouvant le mieux convenir à leurs besoins : l'intervention assistée du partenaire, l'intervention maritale spécifique au trouble ou la thérapie de couple (voir

ci-dessus). Il expliquera au couple le déroulement du processus thérapeutique selon le scénario retenu. Si une intervention spécifique au trouble anxieux s'avère une stratégie utile, une intervention dans un cadre cognitif comportemental axé sur l'anxiété et son maintien sera mise en place, et la justification sous-tendant le paradigme de l'exposition et de la prévention de la réponse sera expliquée au couple (voir l'intervention assistée du partenaire ci-haut).

Les comportements dysfonctionnels sont souvent maintenus parce que renforcés. Spécifiquement, l'évitement des situations anxiogènes, l'utilisation de comportements sécurisants inadaptés (p. ex., les compulsions dans le TOC, l'utilisation des signaux de sécurité dans le TPA) et le besoin compulsif de réconfort sont tous renforcés négativement, puisque le fait de s'engager dans ce type de comportement est associé à une perception de diminution temporaire de la menace et de la sensation d'anxiété. En conséquence, il est probable que ces comportements deviendront acquis et maintenus. Le traitement doit donc comprendre : 1) des interventions cognitives pour corriger chez la personne anxieuse les pensées biaisées par rapport à la surestimation des probabilités que surviennent les événements négatifs appréhendés et à la sous-estimation de ses habiletés à y faire face adéquatement ; 2) une intervention comportementale assistée du partenaire (IAP). Cette stratégie est basée sur l'exposition où la personne anxieuse est guidée pour confronter ses peurs de façon graduelle, sans qu'elle n'ait recours aux comportements sécurisants qui font partie de son répertoire de gestion de l'anxiété. Cette tactique a comme objectif de promouvoir l'habituation aux stimuli craints et évités, et de consolider les nouveaux apprentissages acquis. Lorsque les deux partenaires comprendront clairement cette conceptualisation de l'anxiété et de sa fonction au sein du couple, il sera plus probable qu'ils s'engagent et se conforment mieux à cette forme de traitement qui demeure difficile. Il sera en outre moins probable qu'ils vivent des conflits en rapport avec les manifestations du trouble anxieux en dehors des sessions de thérapie.

Si cette stratégie est adoptée, le thérapeute peut rappeler la justification du traitement cognitif-comportemental aux conjoints à la fin de la séance de couple (IAP). Il pourra ensuite, par exemple, les amener à conclure un accord mutuel par rapport au fait que le partenaire non anxieux n'accompagnera pas le partenaire agoraphobe partout dans ses déplacements, sauf dans le cadre d'un paradigme d'exposition graduelle dont l'objectif final est l'autonomie pour le partenaire anxieux. Ce *modus operandi* aura comme avantage le fait que le partenaire anxieux se sentira soutenu, mais dans un cadre mieux adapté et orienté vers la solution au problème posé par l'évitement. Le partenaire non anxieux se sentira plus utile, et cette stratégie pourra renforcer les liens entre les partenaires. Ainsi, lorsqu'un conjoint ayant un TOC demandera du réconfort à son conjoint par rapport à la propreté de la cuisine et quant aux risques de contaminer les membres de la famille, les époux devront établir un accord préalable sur l'attitude qu'adoptera le partenaire non anxieux ; son refus de donner le réconfort recherché sera mis en contexte par rapport aux objectifs d'exposition aux stimuli anxieux. Il apprendra cependant à

chercher du réconfort par rapport à d'autres situations ou sentiments plus appropriés. Il pourra par exemple dire : « Tel que nous l'avons discuté, je ne vais pas te réconforter parce que cela interférerait avec ton exposition. Cependant, même si je sais que c'est difficile pour toi de le tolérer, j'ai confiance dans le fait que tu vas être capable de continuer à confronter tes peurs. » De cette façon, le conjoint est capable de montrer qu'il se soucie de l'autre et qu'il la soutient, sans pour autant renforcer l'expression des symptômes anxieux**.** On pourra de plus aborder avec les conjoints les meilleures manières de façonner les comportements cibles, en récompensant des comportements semblables à ceux qui sont attendus. Par exemple, Lucie, la conjointe de Francis, qui, on se rappelle, souffre d'un TOC, avec comme obsession la présence appréhendée de substances toxiques dans la maison, pourrait l'aider à mettre en place une stratégie visant, tel que rapporté, le retrait graduel des comportements, cognitions et émotions indésirables pour encourager la généralisation des comportements désirables. Ainsi, Lucie encouragera-t-elle Francis lorsqu'il appliquera des stratégies de résolution de problèmes efficaces plutôt que d'utiliser des compulsions visant à se rassurer. L'importance de pratiquer les nouveaux apprentissages un nombre suffisant de fois pour qu'ils puissent être adoptés en lieu et place des stratégies basées sur l'anxiété qui avaient cours au moment de la consultation devra aussi être mise en évidence. L'utilisation de l'entraînement à la communication et à la résolution de problèmes facilitera les discussions de couple en ce qui a trait aux progrès qu'ils font et quant à la meilleure façon de consolider les gains en thérapie.

En plus d'aider les couples à changer la façon dont ils maintenaient les patrons d'évitement inadaptés pour le partenaire anxieux, il est souvent important d'enseigner aux couples de nouvelles façons d'interagir qui soient adaptées. Par exemple John, en prenant le bras de Danielle pour la rassurer et pour lui montrer son appui lorsqu'ils marchent dans un centre commercial, utilise à son insu une stratégie dysfonctionnelle parce qu'elle contribue à rassurer Danielle. Le thérapeute aidera John à explorer certaines façons adaptées de manifester son soutien. Ainsi, ils pourront discuter de la façon dont il exprimera désormais son affection envers l'autre, soit verbalement, soit par des petits gestes en dehors du cadre de l'évitement (p. ex., planifier une soirée ensemble à l'extérieur).

L'intervention maritale spécifique au trouble (IMST) emprunte plusieurs stratégies thérapeutiques de la première tactique, mais en mettant cette fois l'accent sur le couple plutôt que sur le patient anxieux. Les problèmes associés aux troubles anxieux sont ici remis dans leur contexte relationnel, contexte qui devient la cible de l'intervention. Le trouble anxieux est ici encore expliqué, mais cette fois avec un éclairage dyadique, en mettant l'emphase sur son impact sur la relation. Les patrons relationnels exposés plus haut (p. ex., basés sur la dépendance ou le contrôle), les rôles et responsabilités de chacun des partenaires, les facteurs de maintien et tous les autres agendas associés à l'interfécondation entre les deux problématiques sont ici abordés. Le thérapeute

utilisera les différentes stratégies d'intervention conjugale abordées ici afin d'amener les partenaires à trouver des modes d'interaction plus adaptés et moins susceptibles de générer stress et détresse chez les partenaires.

Nous pouvons avoir une illustration du déroulement de l'intervention maritale spécifique au trouble (IMST) en reprenant l'exemple de Robert et Hélène, qui ont décidé de consulter après l'augmentation de leurs conflits (voir la section 4.1). Lors de l'évaluation du couple, le thérapeute observe le fonctionnement actuel des interactions conjugales et questionne les conjoints sur l'histoire développementale de leurs problèmes conjugaux. Le thérapeute vérifie premièrement si un patron basé sur la dépendance et la codépendance s'est installé. Cette investigation permet de mettre à jour la présence d'un tel patron, qui coïncide avec l'apparition du TPA d'Hélène. En effet, Hélène mentionne qu'après ses premières attaques de panique, elle s'est mise à éviter les situations anxiogènes. Elle a en outre constaté que les sorties étaient alors beaucoup plus faciles lorsque Robert était présent. Un peu à son insu et progressivement, elle s'est mise à compter sur la présence de Robert lorsqu'elle avait à sortir, surtout si elle avait à s'éloigner de la maison… après tout, disait-elle, cela était pratique puisque Robert pouvait la conduire en voiture. Robert était quant à lui tout à fait disponible pour aider sa conjointe, surtout qu'elle semblait en avoir bien besoin. Robert était donc très soutenant et compréhensif par rapport à la situation. Le thérapeute a pu observer que ce cycle de demande-réponse a même eu des effets positifs pour le couple puisque ce mode de fonctionnement a eu pour effet de rapprocher les partenaires. En effet, les conjoints rapportent qu'avant l'apparition du TPA, même s'ils avaient peu de conflits, ils consacraient beaucoup de temps à leur carrière respective et qu'ils passaient en définitive peu de temps ensemble. Ils rapportent qu'initialement tout fonctionnait relativement bien puisqu'il y avait une symétrie entre les demandes d'Hélène et les réponses de Robert. Cependant, l'évaluation permet de mettre en lumière le développement d'un patron relationnel qui devient progressivement asymétrique, les demandes répétées d'Hélène commençant à recevoir une réponse plus froide chez Robert. Cette nouvelle asymétrie dans le patron demande-réponse n'a pas été sans créer une certaine friction, et les conflits ont commencé à émerger. Robert affirme à ce point que les demandes d'Hélène ont augmenté en fréquence et en intensité et se sont généralisées. En dépit de l'impact négatif et de l'irritation causés par ce mode d'interaction, Robert n'est cependant pas sans constater que le rapprochement constaté dans leur relation constitue un point tout à fait positif de leur nouvelle situation de couple, en plus de le valoriser dans son nouveau rôle d'aidant naturel.

Dans son analyse de leur problématique conjugale, le thérapeute peut constater qu'actuellement, un patron de relation agoraphobique (voir plus haut) et une certaine dépendance mutuelle se sont installés. Les partenaires semblent être passés d'un mode dyadique où ils étaient peu engagés et avaient peu de conflits vers un mode où l'engagement est à la hausse, mais où les conflits ont augmenté en parallèle.

Le but de l'intervention sera donc de restaurer un équilibre entre ces deux pôles. Ainsi, la thérapie identifiera et modifiera le patron de relation agoraphobique, en tentant de trouver de nouvelles façons plus adaptées de communiquer. Par exemple, l'examen de stratégies permettant de maintenir l'engagement dans le couple sans devoir passer par des stratégies dysfonctionnelles sera entrepris. À cette fin, le thérapeute verra avec les partenaires comment Robert peut interagir avec sa conjointe autrement que comme aidant naturel, d'une part, et comment Hélène, d'autre part, peut faire des demandes de support sans toujours passer par des demandes d'accompagnement.

L'intervention maritale spécifique au trouble peut plus spécifiquement se diviser en trois blocs. Le premier bloc porte sur certaines stratégies pouvant répondre aux problèmes relationnels formulés dans la demande de consultation. Dans l'exemple de Robert et Hélène, nous avons pu voir que ces derniers consultent pour des conflits de plus en plus présents au sein du couple en lien avec la nouvelle situation du couple depuis que Hélène a développé son trouble anxieux. Le thérapeute proposera des stratégies de résolution de problèmes (voir le chapitre 4). Il travaillera avec eux à 1) définir le problème, 2) établir une liste des alternatives et des solutions possibles en se servant au besoin du *brainstorming*. Il lui serait possible à cette étape de conseiller à Hélène de suivre une thérapie parallèle pour son TPA. Le second bloc de l'intervention consiste à travailler avec les partenaires le développement de stratégies d'engagement dans un registre plus adapté. Ainsi, ils apprendront à communiquer leur affection et à se donner mutuellement du soutien en dehors du patron de demandes-réponses propre au TPA. Les partenaires pourront être appelés à faire des activités agréables et à trouver des stratégies de communication efficaces au niveau de leurs échanges affectifs. Le troisième et dernier bloc sera consacré au travail thérapeutique visant le maintien des acquis chez les partenaires. Ces derniers seront amenés à voir comment une crise peut devenir un moteur de changement si les stratégies de résolution de problèmes apprises sont appliquées. Ils verront aussi comment garder leur engagement présent, sans avoir à recourir à des stratégies dysfonctionnelles pour se rapprocher.

Finalement, si, lors de l'évaluation, il avait été déterminé que la détresse relationnelle est tellement grave qu'elle nuit à la capacité du couple à aborder la fonction du trouble anxieux, si le trouble anxieux est traité en parallèle ou en dehors de la thérapie conjugale, ou encore si le couple continue à vivre de la détresse relationnelle suite au traitement du trouble anxieux, une thérapie de couple plus générale pourrait être indiquée. Tel que nous l'avons mentionné, plusieurs types de thérapie de couple ont reçu un soutien empirique pour le traitement de la détresse conjugale et ces modalités d'intervention sont détaillées dans divers manuels de traitement pour les couples (p. ex., Epstein et Baucom, 2002 et le chapitre 2 de ce livre).

RÉSUMÉ ET CONCLUSION

Nous avons exposé dans ce chapitre un modèle global permettant d'expliquer comment les divers troubles anxieux peuvent affecter le fonctionnement de la relation conjugale et comment la détresse ou la dysfonction conjugale peuvent maintenir les troubles anxieux. Nous avons également discuté de l'importance de bien évaluer le problème pour pouvoir le traiter adéquatement. Plus spécifiquement nous avons vu l'efficacité d'une intervention propre à cette problématique hybride, avec une emphase sur les interventions spécifiques aux troubles anxieux. On a pu voir que ces interventions tentent de modifier la façon dont la relation a été affectée par le trouble anxieux ou le maintient. Le thérapeute aura à faire un choix parmi plusieurs stratégies. Il pourra se servir des stratégies basées sur une approche conjugale pour le traitement de l'anxiété qui inclut l'intervention assistée du partenaire (Baucom *et al*., 1998) et qui sera centrée sur le paradigme de l'exposition et de la prévention de la réponse. Si les approches plus spécifiquement axées sur le couple sont retenues, les partenaires apprendront de nouvelles façons mieux adaptées d'exprimer leur soutien envers l'autre, et cela en dehors des échanges basés sur le trouble anxieux. Si ce trouble présente finalement peu de recoupements avec la situation du couple, le thérapeute conjugal pourra adopter une stratégie visant les deux cibles thérapeutiques de façon indépendante ; il référera le patient anxieux à une thérapie cognitive-comportementale individuelle pour son trouble anxieux, et il entreprendra avec les partenaires une thérapie conjugale (Baucom *et al*., 1998). Ces deux traitements pourront être donnés en parallèle, ou encore séquentiellement.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.

Amir, N., Freshman, M. et Foa, E.B. (2000). « Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients », *Journal of Anxiety Disorders, 14*, p. 209-217.

Antony, M.M. et McCabe, R.E. (2002). « Specific and social phobia », dans M.M. Anthony et D.H. Barlow (dir.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*, New York, Guilford, p. 113-146.

Antony, M.M. et Swinson, R.P (2000). *Phobic Disorders and Panic in Adults : A Guide to Assessment and Treatment,* Washington, American Psychological Association.

Barlow, D.H. (dir.) (2001). *Clinical Handbook of Psychological Disorders : A Step-by-step Treatment Manual* (3e éd.), New York, Guilford.

Bartholomew, K. (1990). « Attachment styles in young adults : Implications for self-concept and interpersonal functioning », *Dissertation Abstracts International, 50, n12-B, Pt,* p. 5900.

Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T. et Daiuto, A. (1998). « Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, p. 53-88.

Baucom, D.H., Sayers, S.L. et Sher, T.G. (1990). « Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training : An outcome investigation », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, p. 636-645.

Baucom, D.H., Stanton, S. et Epstein, N.B. (2003). « Anxiety disorders », dans D.K. Synder et M.A. Whisman (dir.), *Treating Difficult Couples : Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Distress,* New York, Guilford, p. 57-87.

Bélanger, C., Sabourin, S. et Wright, J. (1993a). « Les développements récents dans l'étude de la communication et de la détresse maritale : évolution ou révolution ? », *Psychologie canadienne*, *34*, p. 3-25.

Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S. et Wright, J. (1993b). « Validation préliminaire d'un système global de cotation des interactions conjugales », *Revue canadienne des sciences du comportement*, *25*, p. 483-498.

Bélanger, C., El Baalbaki, G., Marcaurelle, R. et Marchand, A. (2004). *The Impact of Emotional Overinvolvment in the Treatment of Panic Disorder with Agoraphobia*, Honolulu, American Psychological Association.

Bobes, J., Gonzalez, M.P., Bascaran, M.T., Arango, C., Saiz, P.A. et Bousono, M. (2001). « Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder », *European Psychiatry, 16*, p. 239-245.

Boisvert, J.-M., Bertrand, L. et Morier, S. (1999). « La phobie sociale », dans R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p.121-148.

Brown, T.A., O'Leary, K. et Barlow, D.H. (2001). « Generalized anxiety disorder », dans D.H. Barlow (dir.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders : A Step-by-step Treatment Manual* (3e éd.), New York, Guilford, p. 154-208.

Calhoun, P.S., Beckham, J.C. et Bosworth, H.B. (2002). « Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder », *Journal of Traumatic Stress*, *15*, p. 205-212.

Cannon, Walter B. (1932). *The Wisdom of the Body* (2e éd.), New York, Norton.

Carlson, J. et Sperry, L. (dir.) (1998). *The Disordered Couple,* Philadelphie, Brunner/Mazel.

Chambless, D.L., Fauerbach, J.A., Floyd, F.J., Wilson, K.A., Remen, A.L. et Renneberg, B. (2002). « Marital interaction of agoraphobic women : A controlled, behavioral observation study », *Journal of Abnormal Psychology, 111*, p. 502-512.

Chambless, D.L. et Steketee, G. (1999). « Expressed emotion and behavior therapy outcome : A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, p. 658-665.

Compton, J.S. et Follette, V.M. (2002). « Couple therapy when a partner has a history of child sexual abuse », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd.), New York, Guilford, p. 466-487.

Daiuto, A.D., Baucom, D.H., Epstein, N.B. et Dutton, S.S. (1998). « The application of behavioral couples therapy to the assessment and treatment of agoraphobia : Implications of empirical research », *Clinical Psychology Review, 18*, p. 663-687.

Emmelkamp, P.M., De Haan, E. et Hoogduin, C.A. (1990). « Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder », *British Journal of Psychiatry, 156*, p. 55-60.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive-behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach,* Washington, American Psychological Association.

Filsinger, E.E. et Wilson, M.R. (1983). « Social anxiety and marital adjustment », *Family Relations : Journal of Applied Family and Child Studies, 32*, p. 513-519.

Foa, E.B. et Franklin, M.E. (2001). « Obsessive-compulsive disorder », dans D.H. Barlow (dir.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders : A Step-by-step Treatment Manual* (3e éd.), New York, Guilford, p. 209-263.

Fredman, S.J., Chambless, D.L. et Steketee, G. (2004). « Development and validation of an observational coding system for emotional overinvolvement », *Journal of Family Psychology*, *18*, p. 339-347.

Guay, S. et Marcaurelle, R. (1999). *Le patron d'interaction agoraphobique dans le couple,* document inédit, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Jacobson, N.S (1981). « Behavioral marital therapy », dans A.S. Gurman et D.P. Kniskern (dir.), *Handbook of Family Therapy,* New York, Brunner/Mazel, p. 556-591.

Karno, M., Goldong, J.M., Sorenson, S.B. et Burnam, A.M (1988). « The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities », *Archives of General Psychiatry, 45*, p. 1094-1099.

Katarelos, D., Bélanger, C., Perreault, M., Marchand, A., El-Baalbaki, G. et Pecknold, J. (soumis pour publication). « The differential impact of expectancies and symptom severity on cognitive behavior therapy and outcome in panic disorder with agoraphobia », *Behavior Research and Therapy*.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, *62*, p. 593-602.

Kessler, R.C., McGonale, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M. et Eshelman, S. (1994). « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States : Results from the national comorbidity survey », *Archives of General Psychiatry, 51*, p. 8-19.

Kleinknecht, R.A (1991). *Mastering Anxiety : The Nature and Treatment of Anxious Conditions,* New York, Insight Books/Plenum Press.

Ladouceur, R. et Dugas, M.J. (1999). « Le trouble d'anxiété généralisée », dans R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 31-58.

Ladouceur, R., Marchand, A. et Boisvert, J.-M. (dir.) (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.

Ladouceur, R., Rhéaume, J. et Freeston, M. (1999). « Le trouble obsessionnel-complusif », dans R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 95-120.

Lange, A. et Van Dyck, R. (1992). « The function of agoraphobia in the marital relationship », *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *85*, p. 89-93.

Levine, J., Cole, D.P., Chengappa, K.N.R. et Gershon, S. (2001). « Anxiety disorders and major depression, together or apart », *Depression and Anxiety, 14*, p. 94-104.

Liubov, B-N. (1998). « Generalized anxiety disorder in dysfunctional families », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *29*, p. 115-122.

Marcaurelle, R., Bélanger, C. et Marchand, A. (2003). « Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia : A critical review », *Clinical Psychology Review, 123*, p. 247-276.

Marcaurelle, R., Bélanger, C., Marchand, A. et Mainguy, N. (2005). « Marital predictors of symptom severity in panic disorder with agoraphobia », *Journal of Anxiety Disorders 19*, p. 211-232.

Marchand, A. et Boivin, I. (1999). « Le trouble panique », dans R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 59-93.

Marchand, A. et Brillon, P. (1999). « Le trouble de stress post-traumatique », dans R. Ladouceur, A. Marchand et J.-M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 149-182.

Markway, B., Carmin, C.N, Pollard, A.C. et Flynn, T. (1992). *Dying of Embarrassment : Help for Social Anxiety and Phobia,* Oakland, New Harbinger Publications.

McLean, P.D. et Woody, S.R. (2001). *Anxiety Disorders in Adults : An Evidence-based Approach to Psychological Treatment,* New York, Oxford University Press, p. 26-83.

Monson, C.M., Stevens, S.P. et Schnurr, P.P. (2005). « Cognitive-behavioral couple's treatment for post-traumatic stress disorder », dans T.A. Corales (dir.), *Focus on Posttraumatic Stress Disorder Research,* New York, Nova Science Publishers, p. 245-274.

O'Leary, K. (2002). « Treatment of marital discord and coexisting depression », dans S.G. Hofmann et M.C. Tompson (dir.), *Treating Chronic and Severe Mental Disorders : A Handbook of Empirically Supported Interventions,* New York, Guilford, p. 175-190.

O'Leary, K. et Beach, S.R. (1990). « Marital therapy : A viable treatment for depression and marital discord », *American Journal of Psychiatry, 147,* p. 183-186.

Resick, P.A. et Calhoun, K.S. (2001). « Posttraumatic stress disorder », dans D.H. Barlow (dir.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders : A Step-by-step Treatment Manual* (3e éd.), New York, Guilford, p. 60-113.

Rohrbaugh, M., Shoham, V., Spungen, C. et Steinglass, P. (1985). « Family systems therapy in practice : A systemic couples therapy for problem drinking », dans B.M. Bongar et L.E. Beutler (dir.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy : Theory and Practice,* New York, Oxford University Press, p. 228-253.

Seligman, M.E. et Johnston, J.C. (1973). « A cognitive theory of avoidance learning », dans F.J. McGuigan et D.B. Lumsden (dir.), *Contemporary Approaches to Conditioning and Learning,* Washington, Winston-Wiley.

Schneier, F.R., Johnson, J., Horning, C.D., Liebowitz, M.R. et Weissman, M.M. (1992). « Social phobia : Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample », *Archives of General Psychiatry*, *49*, p. 282-288.

Snyder, D.K., Castellani, A.M. et Whisman, M.A. (2006). « Current status and future directions in couple therapy », *Annual Review of Psychology, 57*, p. 317-344.

Solomon, Z., Waysman, M., Belkin, R., Levy, G., Mikulincer, M. et Enoch, D. (1992). « Marital relations and combat stress reaction : The wives' perspective », *Journal of Marriage and the Family, 54*, p. 316-326.

Spanier, G.B. (1976). « Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads », *Journal of Marriage and the Family, 38*, p. 15-28.

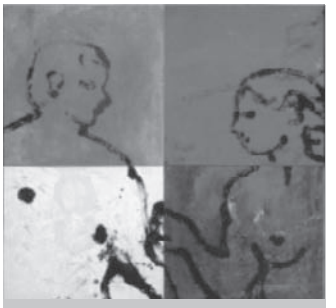
Steketee, G. et Pruyn, N.A. (1998). « Families of individuals with obsessive compulsive disorder », dans R.P. Swinson *et al*. (dir.), *Obsessive-compulsive Disorder : Theory, Research, and Treatment,* New York, Guilford, p. 120-140.

Stuart, R. (1975). « Behavioral remedies for marital ills : A guide to the use of operant-interpersonal techniques », dans A.S. Gurman et D.G. Rice (dir.), *Couple Conflict : New Direction in Marital Therapy,* New York, Jason Aronson, p. 241-257.

Stuart, R. (1980). *Helping Couples Change : A Social Learning Approach to Therapy*, New York, Guilford.

Thomas, M.B. (1992). *An Introduction to Marital and Family Therapy,* New York, Macmillan.

Whiteside, S.P. et Abramowitz, J.S. (2004). « Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger », *Cognitive Therapy and Research, 28*, p. 259-268.



CHAPITRE

11

TROUBLE DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET PROBLÈMES CONJUGAUX

Catherine Bégin et Annie Aimé

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) représentent des problèmes de santé mentale complexes à caractère souvent très secret. Ces troubles, autour desquels les personnes qui en souffrent ont construit leur identité, sont souvent réfractaires au traitement et laissent plus d'un clinicien pantois, souvent même impuissant. Le défi du traitement thérapeutique est d'autant plus grand pour le clinicien lorsqu'il rencontre un couple dont l'un des partenaires, le plus souvent la femme, présente un TCA. Le chapitre qui suit vise dans un premier temps à définir et comprendre les TCA de même que leurs facteurs de développement et de maintien. Par la suite, nous examinerons le profil psychosocial des conjoints des femmes ayant un

TCA ainsi que les fonctions possibles du trouble dans la relation de couple. Enfin, nous aborderons les dimensions de l'évaluation et du traitement conjugal spécifiques à la problématique alimentaire.

1. PRÉSENTATION DES PRINCIPAUX TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES

L'anorexie mentale et la boulimie représentent les deux principaux TCA qui apparaissent dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV ; American Psychiatric Association [APA], 1994). Le taux de prévalence de l'anorexie mentale varie entre 0,5 % et 1 %, alors que celui de la boulimie varie entre 1 % et 3 % (APA, 1994). L'anorexie mentale comporte des restrictions extrêmes sur le plan de la consommation alimentaire, ce qui entraîne une perte de poids importante. La boulimie se caractérise par des épisodes récurrents d'excès alimentaires suivis de comportements compensatoires inappropriés afin de pallier à la consommation de nourriture et de prévenir un gain de poids (Crowther et Sherwood, 1997). Ces comportements compensatoires peuvent prendre la forme de vomissements provoqués, d'emploi abusif de laxatifs ou de diurétiques, de jeûne et d'exercice physique excessif. Il faut aussi noter que, chez certaines personnes anorexiques, il peut y avoir présence de crises de boulimie suivies de comportements compensatoires. Le poids constitue donc un critère essentiel pour distinguer les deux troubles.

Il existe des taux considérables de chronicité, de rechute et de récurrence pour les TCA. Ainsi, après un traitement approprié, il est estimé qu'environ 30 % à 65 % des personnes boulimiques rechutent (Freeman, Beach, Davis et Solyom, 1985 ; Keller *et al*., 1989 ; Yager *et al*., 1995). Chez les personnes anorexiques, le taux de rechute varie entre 22 % et 53 % (Pike, Walsh, Vitousek, Wilson et Bauer, 2003).

2. FACTEURS DE DÉVELOPPEMENT ET DE MAINTIEN

Il existe à ce jour un consensus dans la littérature portant sur les TCA, à savoir qu'une approche multifactorielle, incluant les facteurs biologiques, psychologiques, familiaux et sociaux, est à préconiser pour expliquer le développement et le maintien des TCA (Pomerleau, 2001). Striegel-Moore et Cachelin (1999) proposent deux cheminements conduisant à des insatisfactions corporelles, à un dérèglement alimentaire et, éventuellement, au développement d'un TCA. Le premier cheminement, celui de la privation alimentaire, implique l'internalisation des idéaux de beauté et de minceur véhiculés par l'environnement. L'écart entre la silhouette d'une personne et la silhouette qu'elle juge comme étant idéale conduit à des comportements de diète et, par la suite, de telles restrictions alimentaires peuvent donner lieu à des crises de boulimie suivies de comportements purgatoires.

Le second cheminement proposé par Striegel-Moore et Cachelin (1999) repose sur le concept de vulnérabilité interpersonnelle et débute dès l'enfance avec une prise en charge parentale inadéquate. La personne développe alors des difficultés liées à son image de soi et à son fonctionnement interpersonnel. Elle en vient à se sentir inefficace, ce qui active des insatisfactions corporelles et des comportements alimentaires problématiques.

Les comportements de diète et le dérèglement alimentaire peuvent survenir à la suite de l'un ou l'autre de ces cheminements, tout comme ils peuvent provenir d'une interaction entre les deux. La figure 11.1 propose un modèle de développement et de maintien des TCA qui tient compte de ces deux cheminements ainsi que des facteurs biologiques, environnementaux, familiaux et individuels reconnus pour influencer l'apparition de comportements alimentaires problématiques et de TCA. Ces facteurs constituent des dimensions importantes à considérer dans l'évaluation et le traitement d'un TCA et des couples au sein desquels un tel problème est diagnostiqué. Pour une révision plus détaillée de ces facteurs, le lecteur est invité à consulter l'article d'Aimé et Bégin (2007).

3. COUPLE DONT L'UN DES PARTENAIRES PRÉSENTE UN TCA

Tout âge confondu, il est estimé qu'une femme sur cinq ayant un TCA est mariée (Root, 1995 ; Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997). Aimé, Sabourin, Ratté et Boivin (2002) ont démontré, à partir d'un échantillon québécois, que 30 % des participantes ayant un TCA rapportaient avoir une relation de couple stable depuis au moins six mois. Cette proportion était significativement moindre que chez les femmes sans TCA (61 %) et en rémission d'un TCA (62 %).

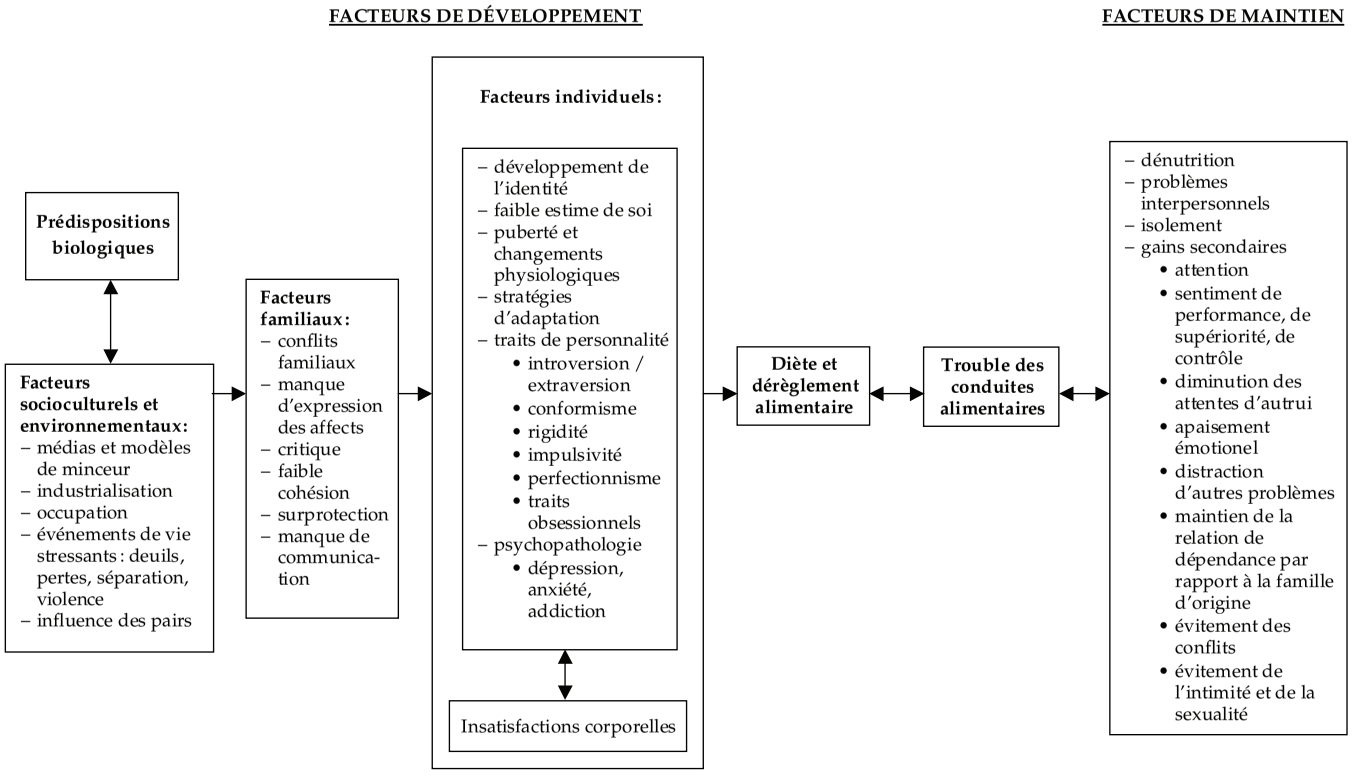
Il existe une relation réciproque entre le TCA et la vie conjugale, en ce sens que le fait de vivre des insatisfactions conjugales peut représenter un facteur de développement du TCA et qu'inversement, le TCA peut donner lieu à des problèmes conjugaux. Toutefois, qu'elles vivent en couple ou non, les femmes qui ont un TCA présentent une symptomatologie alimentaire similaire ; les manifestations cognitives et comportementales de leur trouble sont les mêmes (Van den Broucke et Vandereycken, 1988 ; Wiederman et Pryor, 1997).

4. CONJOINTS

4.1. Victimes ou architectes du TCA de leur partenaire ?

L'attitude du conjoint chez les couples où la femme a développé un TCA avant de se marier diffère de celle du conjoint d'un couple où la femme développe un TCA en cours de relation. Ainsi, lorsque le TCA débute avant le mariage, le conjoint s'engage

FIGURE 11.1
Modèle explicatif des TCA



habituellement dans la relation en connaissant les problèmes que suscite la maladie et en étant conscient de l'insécurité de sa partenaire (Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993). Le conjoint peut alors trouver une position qui lui semble relativement confortable dans la relation, en jouant, par exemple, le rôle de celui qui prend soin de l'autre.

Lorsque le TCA se développe après le mariage, il n'est pas rare pour le conjoint de se culpabiliser face au trouble alimentaire de son épouse (Woodside *et al.*, 1993). Une telle culpabilité peut l'amener à s'impliquer à fond dans une dynamique de réparation qui le maintient proche de sa partenaire ou, à l'inverse, dans une dynamique de déni qui lui permet de se distancier d'elle. Toujours dans le cas d'un TCA qui se développe dans le cadre de la relation de couple, la conception clinique la plus répandue quant aux conjoints veut que ces derniers soient immatures et qu'ils aient eux-mêmes des problèmes psychologiques contribuant à l'établissement d'une complicité malsaine avec leur épouse (Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997). Van den Broucke et ses collègues (1997) émettent cependant certaines réserves quant à cette affirmation en rappelant qu'il est difficile de distinguer les causes des conséquences lorsque la femme a développé un TCA en cours de relation. Dans une telle perspective, il devient concevable que le conjoint développe des problèmes d'ordre psychologique en réaction au TCA de son épouse et que ces problèmes contribuent à leur tour aux difficultés alimentaires de cette dernière.

4.2. Les trois principaux types de conjoints

Bien que les relations conjugales ne correspondent pas toutes au même patron de fonctionnement, la littérature actuelle démontre qu'il existe fréquemment une complicité malsaine entre les partenaires, ce qui contribue au maintien du TCA chez la femme en couple. Trois catégories de conjoints émergent des travaux de Dally (1984), réalisés auprès de 50 couples dont la femme souffrait d'anorexie mentale. Les caractéristiques principales de ces catégories de conjoint se retrouvent au tableau 11.1.

5. FONCTIONS POSSIBLES DU TCA DANS LE COUPLE

Cinq fonctions possibles du TCA au sein de la relation conjugale ont été décrites et explorées plus à fond (Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993) : les symptômes alimentaires en tant que distraction d'autres problèmes ; la reproduction de problèmes non résolus au sein de la famille d'origine ; la lutte au pouvoir et au contrôle ; l'évitement de l'intimité et de la sexualité ; enfin, la diminution du risque de fertilité et d'enfantement.

TABLEAU 11.1
Types de conjoints

Conjoint passif
• Passif
• Incapable de tolérer les conflits et la confrontation
• Peu d'initiatives dans la relation et sur le plan sexuel
• Bonne tolérance face aux symptômes alimentaires
Conjoint indépendant
• Investit au début de la relation et se détache ensuite (frustré, impuissant)
• Bon réseau social
• Activités à l'extérieur du couple
• Détachement émotif par rapport à sa conjointe et à son problème alimentaire
Conjoint contrôlant
• Aimant et gentil tant que sa conjointe agit comme il l'entend
• Se place en position d'autorité
• Besoin de se sentir supérieur
• Besoin de contrôle
• N'aime pas être remis en question

5.1. Distraction d'autres problèmes

L'hypothèse la plus souvent retenue par les auteurs est celle voulant que les symptômes alimentaires permettent aux partenaires de distraire leur attention d'autres problèmes vécus au sein du couple. Selon Foster (1986), une telle dynamique est plus fréquente lorsque la femme souffre d'anorexie mentale puisque ces relations sont à risque d'être caractérisées par un plus haut niveau d'évitement des conflits. Chez les couples où la femme est boulimique, on peut retrouver un patron de fonctionnement où l'évitement prédomine ou encore un patron caractérisé par des conflits plus ouverts, hostiles et chaotiques, conduisant à des attaques directes de même qu'à des menaces de séparation (Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997). Lorsqu'il y a évitement, les crises de boulimie deviennent des méthodes de régulation des émotions ou de contrôle du stress. En plus de permettre l'évitement d'émotions intenses, les symptômes boulimiques apportent à la personne un certain apaisement lors des périodes de détresse. Également, chez les femmes en couple, le fait de centrer leur attention sur leur alimentation et sur le contrôle de leur poids les amène à ne pas être autant conscientes de leurs difficultés quotidiennes, voire de leurs problèmes conjugaux. Le TCA permet alors de préserver

la relation. Par ailleurs, Van den Broucke et ses collaborateurs (1995) ont démontré que l'évitement n'est pas le propre de la femme puisque 38 % des conjoints adoptent aussi ce mode de gestion des conflits.

5.2. Reproduction de problèmes non résolus

Pour une femme souffrant de TCA, les difficultés de développement rencontrées dans sa famille d'origine se rejouent dans la relation de couple et peuvent influencer le choix de son partenaire amoureux (Root, 1995). Ces difficultés tournent souvent autour de l'individuation et de la prise d'autonomie par rapport à la famille d'origine, ce qui fait qu'à l'âge adulte la personne ne possède pas les ressources nécessaires pour faire face aux défis que comportent l'intimité, les conflits et les compromis associés aux relations amoureuses.

Lorsque des problèmes de séparation et d'autonomie sont présents chez la femme atteinte de TCA, une relation triangulaire entre la femme, son conjoint et la famille d'origine peut être observée (Root, 1995 ; Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993). Dans un tel cas, les frontières intergénérationnelles sont insuffisantes, parfois même inexistantes. Les symptômes alimentaires permettent à la personne qui a un TCA de maintenir un lien intense avec ses parents, qui, de leur côté, s'investissent fortement auprès d'elle. Elle demeure alors la fille malade et non autonome de ses parents tout en pouvant jouer le rôle d'une épouse pseudo-autonome (Woodside *et al.*, 1993). Le couple n'arrive pas à former une unité conjugale indépendante. Quoique le maintien d'un lien avec les parents permette à la personne d'éviter les facteurs développementaux propres à l'individuation, cette stratégie a un prix, le plus souvent celui de la détresse conjugale (Woodside, Brandes, Lackstrom et Shekter-Wolfson, 1998).

Root (1995) avance que, tout dépendant du type de famille d'origine, les problèmes de frontières, de dépendance, d'individuation, d'attachement, de communication des émotions et de résolution des conflits seront plus ou moins grands. L'auteure décrit trois types de famille dont les caractéristiques se retrouvent au tableau 11.2 : les familles parfaites, surprotectrices et chaotiques.

5.3. Lutte pour le pouvoir

Plusieurs auteurs avancent qu'une dynamique de recherche de pouvoir et de contrôle se retrouve chez les couples dont la femme souffre d'un TCA (Levine, 1988 ; Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997 ; Woodside, Brandes, Lackstrom et Shekter-Wolfson, 1998). Selon Root (1995), pour les couples avec TCA où la notion de pouvoir fait partie intégrante de la dynamique conjugale, la présence du trouble alimentaire s'explique principalement de deux façons. Premièrement, le TCA peut donner à la femme une impression de contrôle face à la relation, contrôle qu'elle acquiert au fur et à mesure que les problèmes alimentaires deviennent plus présents. Ainsi, dans une telle

TABLEAU 11.2
Types de familles

Famille parfaite
• Pas ou peu d'expression des affects négatifs
• Rigidité
• Évitement des conflits
• Pressions de performance
• Importance de préserver les apparences (préserver l'image parfaite)
Famille surprotectrice
• Recherche de la sécurité familiale et craintes face au monde extérieur
• Dépendance
• Difficulté à permettre des initiatives
• Développement de la confiance en soi entravé
Famille chaotique
• Règles familiales inconstantes et imprévisibles
• Problèmes d'impulsivité
• Problèmes émotionnels

dynamique de couple, le rôle d'aidant confère au conjoint un pouvoir initial qu'il en vient à perdre au fur et à mesure qu'il constate que l'aide qu'il apporte à son épouse ne suffit pas et que le TCA perdure. Le TCA place donc la femme dans une position à la fois puissante et impuissante (Van den Broucke *et al.*, 1997). La personne est puissante parce que le monde de son conjoint tourne autour d'elle, qu'il répond à ses demandes et la protège. Toutefois, ce dernier peut finir par prendre tellement de place qu'elle ne peut pratiquement pas exister ou interagir sans lui, ce qui conduit à une position d'impuissance. Deuxièmement, le TCA peut permettre au conjoint de se sentir puissant. Certaines femmes ayant un TCA choisissent un conjoint dont le fonctionnement personnel, professionnel ou même interpersonnel est limité. Par exemple, une jeune femme anorexique pour qui la performance est des plus importantes pourrait choisir un conjoint peu vaillant, sans emploi et ayant peu d'ambition. Dans un tel cas, non seulement le sentiment d'accomplissement qu'elle retrouve à travers son TCA peut contribuer à son impression d'avoir plus de pouvoir que lui dans la relation mais, en plus, dans une telle dynamique, le TCA peut servir à camoufler les limites de son conjoint. Le TCA représente une maladie grave qui la fait paraître moins compétente et moins performante que son conjoint, ce qui permet au couple d'atteindre une certaine homéostasie. Effectivement, puisque son épouse affiche un problème personnel majeur, le conjoint peut paraître et se sentir plus compétent. Ainsi, la supériorité du conjoint non malade est plus apparente que réelle et le TCA peut servir à camoufler la faiblesse ou la dysfonction

du conjoint. Le TCA semble alors la cause des problèmes du couple et même de ceux du conjoint. Évidemment, comme le prétendent Woodside et ses collègues (1998), une telle structure conjugale deviendrait à risque d'éclatement si la femme ne présentait plus de symptômes alimentaires.

5.4. Évitement de l'intimité et de la sexualité

A. Intimité

Selon Van den Broucke et ses collègues (1997), il existe un consensus chez les cliniciens, à savoir que les couples dont l'un des partenaires a un TCA n'arrivent pas à développer une intimité véritable. Dans une telle perspective, le manque d'intimité est compris comme une incapacité chez la femme à communiquer ses sentiments profonds à son partenaire, un manque de chaleur et de compréhension mutuelle, un faible niveau d'activité sexuelle et un évitement des confrontations ouvertes.

Root (1995) stipule que les relations amoureuses de personnes ayant un TCA, particulièrement les femmes boulimiques, impliquent une oscillation continuelle entre un surinvestissement dans la relation (pseudo-intimité) et une prise de distance face à la relation. Les crises boulimiques serviraient alors à réguler la proximité et la distance dans la relation en permettant un rapprochement après une période de plus grande distanciation. Par ailleurs, certains partenaires évitent des rapprochements trop intenses en centrant leur attention sur le TCA. Les symptômes alimentaires permettent donc à un couple distant de se rapprocher suffisamment pour lutter ensemble contre un ennemi extérieur à la relation, le trouble alimentaire (Woodside, Shelter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993).

B. Sexualité

Il est établi que des préoccupations importantes par rapport au poids et à l'image corporelle sont associées à des difficultés à s'engager dans des relations intimes, notamment sur le plan sexuel (Evans et Wertheim, 1998). De la même façon, il n'est pas rare pour une femme souffrant d'un TCA dont le poids est plus élevé que le poids désiré de présenter un certain retrait social et sexuel (Root, 1995). Bien qu'il soit généralement attendu que l'évitement, voire le dégoût des relations sexuelles soit plus fréquemment associé à l'anorexie mentale, les femmes boulimiques rapportent elles aussi des difficultés sexuelles pouvant aller du manque d'intérêt à l'incapacité d'avoir un orgasme (Heavey, Parker, Vhat, Crisp et Gowers, 1989).

Selon Root (1995), l'évitement et le manque d'intérêt pour les relations sexuelles des personnes avec TCA peuvent provenir de deux sources. La première source possible serait reliée à des traumatismes sexuels antérieurs. Dans un tel cas, les symptômes boulimiques permettraient de gérer les émotions qu'ont fait naître les mauvais traitements et que font ressurgir les relations sexuelles actuelles. Les symptômes anorexiques

permettraient quant à eux de développer un sentiment de contrôle sur son corps et d'amoindrir ses caractéristiques sexuelles, de façon à être moins attirante (Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993). Qu'ils soient de nature boulimique ou anorexique, les symptômes alimentaires problématiques peuvent non seulement servir de protection contre des attaques futures, mais également représenter une forme d'identification à l'agresseur, en ce sens que l'attaque au corps continue, sauf qu'elle est perpétrée par la victime qui a développé un TCA. La seconde source possible des difficultés sexuelles observées chez les personnes avec TCA a trait à des changements hormonaux secondaires au TCA et à la perte de poids. De tels changements peuvent jouer sur la perception de la sexualité de la personne ainsi que sur sa libido. Dans ce second scénario, c'est donc le développement du TCA et la dénutrition qui s'ensuit qui conduisent à des problèmes sexuels.

5.5. Diminution du risque de fertilité et d'enfantement

Comme le précisent Woodside et ses collaborateurs (1998), la grossesse et l'enfantement constituent des thèmes pour lesquels encore peu d'études empiriques ont été réalisées. Le taux de fertilité de ces femmes, tel que mesuré par le nombre d'enfants, correspond au tiers de celui d'une population sans TCA. Cependant, le pourcentage de grossesses non désirées est similaire pour les femmes avec TCA et les femmes sans TCA, ce qui permet à Woodside et ses collaborateurs (1998) de conclure que la diminution du taux de fertilité affichée par ces dernières serait volontaire. Plusieurs d'entre elles ne désireraient donc pas d'enfant ou encore éprouveraient un malaise à l'idée de concevoir.

Lorsque l'on tient compte du fait que plusieurs femmes sans TCA vivent la grossesse comme un défi pour leur image corporelle, pour le contrôle de leur poids et pour leur estime de soi (Abraham et Llewellyn-Jones, 1995), il devient facilement concevable que la grossesse et l'enfantement constituent des expériences particulièrement stressantes pour les femmes qui souffrent d'un TCA. Les personnes anorexiques et boulimiques rapportent une forte anxiété à l'idée de perdre le contrôle de leur alimentation et de leur poids en devenant enceintes. Elles se sentent par ailleurs incertaines de leur capacité de prendre soin d'un enfant (Lewis et Le Grange, 1994). L'infertilité ou le refus de concevoir un enfant peut donc leur permettre d'éviter des expériences aussi menaçantes. Cette même infertilité peut également être le reflet de problèmes conjugaux et peut alors signifier que la femme ne veut pas d'enfants de son conjoint (Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997).

Alors que pour certaines personnes ayant un TCA, les symptômes alimentaires problématiques s'intensifient avec la grossesse, pour d'autres, il y a une amélioration des habitudes alimentaires (Van den Broucke *et al.*, 1997 ; Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993). Cependant, lorsqu'il y a amélioration, il semble que ces bonnes habitudes alimentaires ne soient pas maintenues dans la plupart des cas après

l'accouchement (Woodside *et al.*, 1993). Pour les femmes boulimiques qui présentent une rémission complète de leurs symptômes alimentaires durant leur grossesse, il est suggéré par certains auteurs (Lewis et Le Grange, 1994 ; Woodside *et al.*, 1993) qu'elles tendent à avoir une relation amoureuse stable. Par contre, celles qui demeurent symptomatiques pendant qu'elles sont enceintes et même par la suite tendent à avoir de sérieux problèmes interpersonnels. Ces dernières sont plus à risque de divorcer ou de se séparer de leur conjoint (Lewis et Le Grange, 1994).

6. ÉVALUATION ET TRAITEMENT DU COUPLE DONT LA CONJOINTE SOUFFRE DE TCA

Les recherches dans le domaine des TCA démontrent l'importance d'une évaluation rigoureuse et du traitement intensif de cette problématique (Crowther et Sherwood, 1997). Dans le cadre d'une demande de consultation pour un couple dont l'un des partenaires souffre d'un TCA, il s'avère essentiel de procéder à une évaluation exhaustive des aspects individuels et relationnels sous-jacents à la problématique alimentaire et aux problèmes conjugaux. Dans ce contexte, la cueillette d'informations par le biais d'entrevues cliniques, l'observation directe du style d'interaction des conjoints et la passation de questionnaires standardisés est fortement préconisée (Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997).

6.1. Pertinence du suivi en couple

Avant même de rencontrer un couple pour une évaluation, le clinicien doit avoir en tête différentes options de traitement possibles. Ainsi, certains indicateurs peuvent guider le clinicien dans sa décision d'entreprendre un traitement en couple lorsqu'un des conjoints souffre de TCA. Foster (1986) spécifie quatre raisons de considérer la thérapie conjugale : 1) le moment d'apparition du TCA coïncide avec le commencement de la relation de couple ou avec une crise relationnelle au sein du couple ; 2) le trouble alimentaire est maintenu par la dynamique conjugale et la thérapie individuelle progresse peu ; 3) les partenaires conçoivent les conflits conjugaux comme faisant partie du problème ; 4) le conjoint de la personne présentant un TCA semble suffisamment stable pour tolérer des changements dans la relation subséquemment à la thérapie.

Dans le cas où des rencontres de couple s'avèrent indiquées, le clinicien réfléchit à la possibilité, voire à la nécessité d'amalgamer les services offerts au couple à d'autres services professionnels tels un suivi nutritionnel et une psychothérapie individuelle afin d'optimiser le succès thérapeutique. Sans exception, la conjointe souffrant d'un TCA doit être évaluée et suivie par un médecin de famille pour des examens médicaux de routine.

Cependant, la thérapie conjugale peut s'avérer contre-indiquée. C'est le cas lorsque le clinicien remarque : 1) un manque d'intérêt face à la thérapie de la part d'un ou des deux membres du couple ; 2) des signes qu'une autre forme de traitement serait préférable. Root (1995) ajoute que la thérapie de couple est contre-indiquée lorsque les besoins en thérapie du conjoint sont si importants que la personne souffrant d'un TCA ne bénéficiera que peu ou pas de la thérapie de couple puisque ses propres besoins passeront en quelque sorte au second plan. Cette contre-indication peut être revue et le clinicien pourrait accepter de traiter le couple dans les cas où le conjoint entreprend également un suivi individuel. Enfin, Woodside et ses collaborateurs (1993) avancent que le traitement en couple est contre-indiqué lorsque 1) les conjoints rapportent la présence de violence sexuelle ou physique à l'intérieur de la relation, 2) le problème alimentaire est trop grave et 3) la santé physique de la personne souffrant d'un TCA est trop précaire. Le premier aspect de cette contre-indication est traité au chapitre 9 du présent livre, qui porte sur la violence conjugale, et ne sera donc pas repris dans le présent chapitre. Par contre, les deux derniers aspects, soit la gravité du problème alimentaire et la précarité de la santé physique, seront discutés plus à fond et ce, conjointement puisqu'ils sont reliés.

Lorsque le problème alimentaire de la conjointe est très sérieux, cette dernière se montre particulièrement obsédée par son poids et son image corporelle. Son attention est alors principalement dirigée vers les restrictions alimentaires et les crises de boulimie. L'espace cognitif disponible lui permettant de réfléchir à la signification de ses symptômes et à son fonctionnement général et conjugal est donc restreint. Le conjoint de la femme dont le TCA est très sérieux peut aussi éprouver des difficultés à se distancier des symptômes si la maladie envahit son quotidien et s'il craint pour la santé de son épouse. Dans de telles circonstances, la pertinence d'une thérapie conjugale doit être questionnée. Le suivi en couple risque de porter davantage sur la gestion des symptômes alimentaires de la conjointe que sur un travail au niveau de la dynamique conjugale. Ainsi, le clinicien peut refuser d'entreprendre un suivi en couple tant que les symptômes alimentaires ne se sont pas améliorés. Suspendre les rencontres de couple envoie un message clair aux conjoints : l'objectif premier face à une personne qui présente une pathologie alimentaire sérieuse est d'abord de favoriser la reprise d'une alimentation régulière. À ce moment, le suivi individuel et nutritionnel est à privilégier.

Les considérations qui précèdent quant au suivi en couple nous amènent à faire les recommandations suivantes.

1. Lorsque la conjointe présente un trouble alimentaire grave et qu'elle ne semble pas se mobiliser vers un changement, le suivi de couple doit être suspendu et ce, peu importe la gravité des problèmes conjugaux rapportés. Une recommandation de suivi dans une clinique spécialisée en TCA est alors à prioriser.

2. Lorsque la conjointe présente des symptômes de TCA mais qu'elle s'implique concrètement dans un processus de changement et que des difficultés conjugales sont observées, le clinicien offre la thérapie conjugale conjointement à un suivi en individuel pour la conjointe. En se basant sur une approche de traitement séquentiel, le clinicien, en fonction de la sévérité des difficultés rencontrées par la conjointe, peut recommander un suivi nutritionnel, un groupe de psychoéducation ou un suivi psychologique individuel. Si cette dernière bénéficie déjà de services professionnels, le clinicien établit des contacts avec les professionnels impliqués auprès de la personne afin de discuter des objectifs de traitement, de l'approche préconisée et, éventuellement, de l'évolution de la personne au cours du traitement.
3. Lorsque la conjointe est en rémission de ses symptômes alimentaires et que le couple rapporte des difficultés conjugales, le clinicien propose la thérapie conjugale.

6.2. Informations cliniques essentielles à évaluer

Plusieurs informations cliniques s'avèrent importantes à recueillir lors de l'évaluation d'un couple qui fait une demande de consultation. Il existe à ce jour des canevas d'entrevue pour guider l'évaluation des couples. Dans le cadre du présent chapitre, nous nous concentrerons donc principalement sur les thèmes cliniques qui s'appliquent plus spécifiquement à l'évaluation des couples où la femme souffre de TCA. Nous ciblerons les informations cliniques pertinentes à évaluer auprès de la conjointe, auprès du conjoint et auprès du couple.

A. La conjointe qui souffre d'un TCA

L'évaluation des symptômes alimentaires constitue une cible d'évaluation prioritaire. Cependant, dans le cadre d'une demande de consultation en couple, cette évaluation ne vise pas exactement les mêmes objectifs que ceux établis lors d'une demande de suivi individuel. En effet, en suivi individuel, on s'attend à ce que l'évaluation du problème alimentaire permette au clinicien d'émettre des impressions diagnostiques claires et de proposer des objectifs de traitement visant l'amélioration des symptômes alimentaires. En couple, l'évaluation sert davantage à obtenir un portrait clair du problème alimentaire actuel de la conjointe (un instantané) en vue de pouvoir documenter, en cours de traitement, si le suivi en couple a une incidence sur l'évolution des problèmes alimentaires de la conjointe. Les observations du clinicien quant à l'interaction entre l'évolution du travail fait en couple et l'évolution des symptômes alimentaires pourrait même amener ce dernier à prendre certaines décisions ou à poser certaines actions. Par exemple, si l'exploration et la modification du patron d'interaction du couple entraînent une détérioration significative et persistante des symptômes alimentaires de la conjointe,

le clinicien pourrait décider de recommander un suivi individuel à la conjointe ou même entrevoir de suspendre les rencontres en couple jusqu'à ce que la symptomatologie alimentaire de la conjointe soit clairement améliorée et stabilisée.

Root (1995) propose un canevas permettant un examen complet de l'étendue, de la fréquence et de la gravité des symptômes alimentaires, tel qu'illustré au tableau 11.3. Le clinicien peut s'en inspirer pour faire son évaluation.

TABLEAU 11.3
Évaluation du problème alimentaire

- L'âge d'apparition du TCA (renseigne sur la chronicité du TCA)
- L'histoire du poids (les pertes et les gains de poids, l'écart entre le poids réel et le poids désiré)
- Le degré de satisfaction face au poids et à la perception de l'image corporelle
- Les rituels alimentaires (où, quand, comment, combien, à quelle fréquence)
- Les règles face à l'alimentation
- La restriction, les privations et les diètes
- L'utilisation de méthodes de contrôle de l'appétit (amphétamines, cigarettes, caféine, drogues)
- Les comportements de purgation (vomissements, laxatifs, diurétiques)
- Les excès alimentaires objectifs et subjectifs
- Les types d'exercice physique pratiqués, la fréquence et l'intensité

Les relations familiales font aussi l'objet d'une évaluation. En plus des thèmes habituels concernant la famille d'origine, les aspects suivants sont considérés : le lien entretenu avec la famille d'origine avant et après le développement du problème alimentaire, les habitudes alimentaires familiales, le rôle de la nourriture au sein de la famille, l'importance des aspects physiques et sociaux ainsi que la présence de tout autre trouble psychiatrique ou de problèmes de poids chez les membres de la famille immédiate. En se référant à la typologie des familles présentée au tableau 11.2, le clinicien peut évaluer dans quel climat familial a vécu la conjointe ayant un TCA.

Plusieurs personnes ayant un TCA vont rapporter, dans leurs antécédents développementaux, des expériences de deuil, de perte ou de séparation, qui sont naturellement explorées. De la même façon, la présence d'abus sexuels passés et présents fait partie intégrante de l'évaluation, compte tenu de l'impact possible d'un abus sexuel sur les difficultés du couple. Une question telle « Avez vous déjà vécu une situation où vous vous sentiez inconfortable face à un rapprochement physique ou à des demandes de

rapprochement soit enfant ou adulte ? » peut servir d'introduction au thème de l'abus sexuel. Il est évident que la référence à ce thème risque de faire resurgir des émotions intenses que le clinicien explore sur-le-champ.

Le clinicien évalue également la présence d'autres psychopathologies chez la personne ayant un TCA. Il n'est pas rare d'observer chez celle-ci la présence de dépression, d'anxiété, de toxicomanie ou encore d'un trouble de la personnalité. Lorsque d'autres symptômes psychopathologiques se juxtaposent au TCA, ceux-ci doivent faire l'objet d'une évaluation minutieuse et l'influence possible de ces symptômes sur le cours du traitement doit aussi être envisagée. Par exemple, si la conjointe rapporte un problème important de consommation d'alcool concomitant au TCA, le clinicien peut juger préférable de référer la cliente pour traiter d'abord les symptômes d'alcoolisme. De la même façon, en situation de crise suicidaire, il va sans dire que les idées et les comportements suicidaires seront traités en priorité. Le clinicien profite également de cette discussion autour des symptômes comorbides pour documenter les suivis précédents (type de suivi, durée, degré de satisfaction face aux services reçus). Pour conclure son évaluation, le clinicien portera attention aux facteurs individuels qui se retrouvent à la figure 11.1, tels que la personnalité, le niveau d'estime de soi et le degré de satisfaction face à l'image corporelle. Le clinicien s'intéresse aussi au fonctionnement de la conjointe ayant un TCA au sein de différents contextes relationnels (amis, conjoints, parents, enfants).

B. Le conjoint

Le clinicien se montre vigilant aux caractéristiques du conjoint ainsi qu'aux difficultés d'ordre personnel qu'il peut présenter et qui peuvent contribuer aux problèmes conjugaux ou au maintien du trouble alimentaire au sein de la relation. Ce faisant, le clinicien garde en tête les types de conjoints décrits par Dally (1984) et présentés au tableau 11.1. Si le conjoint se montre distant face au problème alimentaire de sa partenaire, le clinicien explore la présence possible d'investissements importants à l'extérieur de la relation de couple. Si tel est le cas, la nature et l'ampleur de ces investissements sont analysés.

C. Le couple

Le clinicien recueille plusieurs informations sur la relation de couple en général et sur l'influence du trouble alimentaire sur la relation. Le lecteur intéressé à utiliser un canevas d'entrevues standardisées peut se référer aux travaux de Van den Broucke et Vandereycken (1988).

L'évolution de la relation

Le clinicien cherche à bien documenter l'histoire de la relation en examinant attentivement les périodes clés de l'histoire du couple (début de la relation, période de fréquentation, période de cohabitation ou mariage s'il y a lieu, présence d'événements

biographiques importants tout au long de l'union). Il situe également l'arrivée du TCA dans l'histoire de la relation. Si le TCA s'est développé avant le début de la relation, il devient important de comprendre ce qui a amené le conjoint à s'unir à une personne souffrant d'un TCA. Dans un tel cas, le clinicien évalue dans quelle mesure les caractéristiques physiques, l'apparence et le poids ont été déterminants dans le choix de la conjointe ainsi que dans le maintien de la relation. Si le TCA s'est développé après le début de la relation, il est essentiel de revoir les événements l'ayant précipité. Dans ce dernier cas, il existe la plupart du temps un lien entre l'émergence du TCA et les problèmes conjugaux. Par contre, le clinicien doit garder à l'esprit que l'occurrence du TCA n'est pas nécessairement entièrement attribuable à la relation : d'autres facteurs comme par exemple la présence d'événements stressants (décès d'un proche, maladie) peuvent aussi précipiter le TCA. Enfin, pour tous les couples, des informations sont recueillies quant aux changements corporels vécus tout au long de l'union (p. ex., vieillissement, perte ou gain de poids) et le niveau de satisfaction de chacun face à ces changements.

Lien actuel avec la famille d'origine

Une investigation de la relation actuelle du couple avec la famille d'origine de la personne présentant un TCA s'avère utile. Les informations recueillies portent sur la fréquence des contacts avec la famille, la qualité des échanges, la possibilité de manifester ouvertement son désaccord ou de prendre des décisions de façon autonome ainsi que toutes autres informations renseignant le clinicien sur le niveau d'étanchéité des frontières entre les membres du couple et sa famille. Cette évaluation complète celle déjà entamée auprès de la conjointe ayant un TCA et sa famille d'origine et permet de mieux situer le rôle du conjoint dans la relation entre la conjointe ayant un TCA et la famille d'origine. Selon Woodside et ses collaborateurs (1993), il est également intéressant de vérifier dans quelle mesure la propension des conjoints à s'investir dans des relations symbiotiques se généralise à d'autres relations que les relations familiales.

La signification du problème alimentaire au sein de la relation

Foster (1986) propose d'examiner dès l'évaluation la capacité des conjoints à se distancier des symptômes alimentaires pour réfléchir davantage à des hypothèses sur la signification et la fonction de ces symptômes au sein de la relation. Ceci permettra d'avoir accès à la capacité d'introspection de chacun. Ainsi, le clinicien peut questionner les conjoints sur leur compréhension du TCA, de ses causes et de son maintien tout en ayant en tête les différentes fonctions énumérées précédemment.

La gestion des activités entourant la nourriture et l'exercice au quotidien

Plusieurs irritants au quotidien peuvent être rapportés par les conjoints. Ceux qui portent sur la gestion des activités entourant la nourriture et l'exercice sont systématiquement examinés. Par exemple : « Qui fait l'épicerie ? Qui s'occupe de la préparation des repas ? Combien de fois par semaine les conjoints prennent-ils un repas ensemble ? Quelle est

l'atmosphère à ce moment ? Y a-t-il des rituels ? Lesquels, et comment les gèrent-ils ? Qui prépare les collations des enfants ? Pratiquent-ils des activités sportives ensemble ? Lesquelles ? À quelle fréquence ? Le niveau de satisfaction de chacun des partenaires face à la gestion des activités entourant la nourriture et l'exercice est aussi évalué. Le clinicien garde en tête, à ce moment, que l'évaluation du niveau de satisfaction rapportée par les conjoints risque d'être influencée par les bénéfices secondaires retirés de ce mode de fonctionnement. Par exemple, la conjointe qui prépare les repas, qui fait les portions et sert les assiettes peut se dire très satisfaite car elle contrôle tout dans « sa cuisine ». Elle peut même sous-estimer son sentiment d'épuisement face à l'ensemble de ses responsabilités. Il est, d'ailleurs, assez fréquent qu'une femme ayant un TCA mentionne « adorer préparer de petits plats » pour son conjoint et sa famille. Un tel intérêt pour la cuisine peut introduire une certaine confusion chez le conjoint devant la possibilité d'un TCA, ce dernier étant moins susceptible de découvrir le problème ou l'ampleur de celui-ci.

Vignette clinique – Marie et Pierre

Marie, une femme hospitalisée pour anorexie, est une cuisinière hors pair. Son conjoint, Pierre, apprécie les repas qu'elle lui concocte. Il a pris près de 20 livres au cours des dernières années alors que Marie, de son côté, ne fait que perdre du poids. Les partenaires s'entendent pour dire que Marie retire une satisfaction de voir Pierre manger ; elle lui offre même souvent de terminer sa propre assiette. Marie mange par procuration, ce qui devient une sorte de compensation pour les privations qu'elle s'impose.

Enfantement et compétences parentales

Si le couple n'a pas d'enfants, il est intéressant d'examiner si les conjoints ont des projets à cet égard et s'ils en ont déjà discuté ensemble. Si le couple a des enfants, les périodes entourant la grossesse et l'accouchement de même que la nature du lien entre chacun des partenaires et leurs enfants font partie de l'investigation.

Vignette clinique

Sophie souffre d'anorexie mentale. Lors de l'évaluation, elle mentionne s'être sentie extrêmement bien pendant qu'elle était enceinte. Il s'agit en fait d'une période de sa vie où elle s'est sentie « complète ». Le bébé qu'elle portait comblait un vide et son alimentation a été adéquate pendant cette période de sa vie. À la suite de l'accouchement, les problèmes d'anorexie sont réapparus. L'évaluation démontre que Sophie et son conjoint se considèrent plutôt satisfaits de leur relation respective avec leur fils mais qu'ils ne s'entendent pas quant à l'éducation à lui donner et quant au degré de proximité de l'enfant avec sa mère (surprotectrice).

D. Les questionnaires

En plus des entrevues cliniques, les questionnaires s'avèrent un moyen peu coûteux et relativement rapide de recueillir de l'information sur le fonctionnement personnel et relationnel des conjoints. Toutefois, le clinicien qui administre des questionnaires doit demeurer attentif au risque de négation ou de minimisation dans les réponses des partenaires. Néanmoins, pour enrichir le portrait clinique, l'information obtenue par les questionnaires est comparée à celle recueillie lors des entrevues d'évaluation. Les questionnaires peuvent aussi être administrés à plusieurs reprises au cours du traitement afin de mesurer les effets de celui-ci et les changements rapportés par les répondants. Seuls les questionnaires qui mesurent spécifiquement les problèmes alimentaires ont été retenus ici. Le lecteur qui souhaite connaître davantage les différents instruments permettant d'évaluer les TCA peut se référer au livre de Mitchell et Peterson (2005).

1. Eating Attitude Test (EAT-26 ; Garner et Garfinkel, 1979*).* Il s'agit d'un test de dépistage composé de 26 items qui permet d'évaluer les attitudes et les comportements caractéristiques des personnes présentant des difficultés alimentaires. Un score total élevé à ce questionnaire reflète une préoccupation exagérée pour la nourriture et la minceur. L'EAT-26 discrimine bien entre les personnes anorexiques et un groupe témoin ainsi qu'entre les personnes boulimiques et un groupe témoin (Gross, Rosen, Leitenberg et Willmuth, 1986).
2. Eating Disorder Inventory (EDI ; Garner, Olmsted et Polivy, 1983 ; traduit par Criquillon-Doublet et Guelfi, 1995). Il s'agit d'une mesure autoévaluative, souvent utilisée pour évaluer la présence de symptômes associés à l'anorexie mentale et à la boulimie (Garner et Olmsted, 1984). Les 64 items qui forment ce questionnaire se répartissent sur une échelle de Likert en six points allant de « toujours » à « jamais ». Les huit échelles qui constituent l'EDI sont : 1) la recherche de la minceur, 2) les comportements boulimiques, 3) l'insatisfaction par rapport à son propre corps, 4) le sentiment d'inefficacité, 5) le perfectionnisme, 6) la méfiance interpersonnelle, 7) la conscience de soi, 8) la crainte de la maturité. Trois échelles ont été ajoutées dans l'EDI-2 (Garner, 1991) : l'ascétisme, la régulation des impulsions et l'insécurité sociale. Plusieurs études ont démontré sa fidélité et sa validité.
3. Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q4 ; Fairburn et Berglin, 1992). Ce questionnaire, dérivé de l'entrevue semi-structurée EDE, comprend 38 items qui se répondent sur une échelle de Likert en sept points. Les énoncés qui le composent s'attardent spécifiquement à la fréquence des comportements alimentaires clés retrouvés chez les personnes ayant un TCA ainsi qu'à l'intensité des préoccupations à l'égard de la silhouette et du poids. Cet instrument possède également de bonnes qualités psychométriques.

6.3. Traitement

Le traitement conjugal peut être offert sur la base du court ou du long terme, tout dépendant de l'approche privilégiée par le clinicien, du motif de consultation du couple ainsi que des capacités d'introspection des conjoints. Bien souvent les couples amorcent d'abord un processus à court terme et évaluent, au fil des rencontres, la pertinence de poursuivre. À plus long terme, il est prévu que les symptômes alimentaires et le poids ne constitueront plus les enjeux prédominants des rencontres et qu'à ce moment, les couples pourront explorer des thèmes plus directement reliés à leur relation.

A. Buts de la thérapie de couple

La thérapie de couple chez les personnes ayant un TCA poursuit principalement trois buts selon Levine (1988) : 1) redistribuer et équilibrer le pouvoir au sein du couple ; 2) favoriser la prise d'autonomie (résolution du processus séparation/individuation) ; 3) améliorer la communication et les habiletés de résolution de problèmes du couple. Foster (1986) propose pour sa part de s'intéresser de près à la fonction des symptômes alimentaires au sein du couple, de manière à pouvoir comprendre les difficultés relationnelles qui se cachent derrière l'attention soutenue portée aux symptômes alimentaires. Évidemment, les auteurs s'entendent sur le fait que la diminution des symptômes alimentaires représente un autre but important de la thérapie (Foster, 1986 ; Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997 ; Woodside, Shekter-Wolfson, Brandes et Lackstrom, 1993).

B. Thèmes abordés

Les frontières

Plusieurs personnes présentant un TCA éprouvent des difficultés à se différencier de la famille d'origine. L'omniprésence de la famille d'origine nuit particulièrement au développement d'une entité conjugale propre. Les partenaires sont continuellement à la remorque des valeurs et des choix de la famille d'origine. C'est pourquoi l'établissement de frontières claires entre les partenaires et la famille est central chez les couples TCA qui souhaitent se rapprocher. Pour plusieurs, cependant, les pertes subies lors de l'établissement d'une telle distance sont difficiles à accepter et l'envie de se rapprocher à nouveau s'intensifie.

L'établissement de frontières au sein même de la relation est tout aussi important. Chacun des partenaires doit trouver ou retrouver son identité propre pour ensuite développer un sens du « nous ». Pour les femmes souffrant de TCA, cette identité doit être autre que celle de la maladie. Un des objectifs est d'aider les conjoints à mieux s'approprier leurs forces et leurs difficultés respectives.

Vignette clinique – Lucie et Michel

Lucie mentionne en séance qu'elle se perçoit depuis longtemps « comme une petite fille » dans le couple et qu'elle perçoit son conjoint « comme un père ». « Pourtant, dit-elle, quand Michel part pour des voyages d'affaires, je sais très bien m'occuper des enfants et je ne me sens pas démunie. » Elle n'arrive pas à comprendre ce qui fait qu'elle ne se sent pas comme une femme dans cette relation ni même à identifier ce dont elle aurait besoin pour se sentir plus autonome. Lorsque Michel lui demande si elle souhaiterait qu'il cesse de prendre ses rendez-vous à sa place (dentiste, médecin, garage) ou de la questionner sur ce qu'elle a mangé dans sa journée, elle répond que ce ne sont pas ces peccadilles qui vont l'amener à se sentir plus autonome.

Dans cet exemple, chaque partenaire remet entre les mains de l'autre ses propres difficultés. Ainsi, Lucie n'est pas confrontée à son inhibition sociale puisque Michel pallie à cette difficulté en prenant la responsabilité de ses contacts téléphoniques. Elle n'est pas non plus en contact avec toute son insécurité puisque Michel a réponse à tout pour apaiser son anxiété, il surveille même son alimentation. L'omniprésence de Michel amène cependant Lucie à se percevoir comme incapable (petite fille). Michel, dans le rôle de celui qui prend en charge et qui est inébranlable, n'est pas en contact avec ses propres vulnérabilités. En fait, comme Michel s'occupe si bien de ce qui concerne l'organisation et la gestion familiale, Lucie lui renvoie une image du mari sans faille. Michel peut alors adopter cette perception et ainsi mettre de côté ses propres vulnérabilités.

Le contrôle

Plusieurs auteurs suggèrent qu'une dynamique de recherche de pouvoir et de contrôle se retrouve chez les couples TCA (Levine, 1988 ; Van den Broucke, Vandereycken et Norré, 1997 ; Woodside, Brandes, Lackstrom et Shekter-Wolfstrom, 1998). Cette dynamique de contrôle est souvent associée à la nourriture, mais elle peut aussi se manifester dans les autres sphères de la vie du couple.

Vignette clinique – Suzanne et Denis

Suzanne et Denis sont mariés depuis 18 ans ; ils ont deux enfants : Isabelle, 12 ans et Alexandre, 8 ans. Suzanne restreint son alimentation depuis plus de 20 ans, elle a un IMC de 16 et n'y voit aucun inconvénient. En traitement, Denis aborde le fait qu'il a remarqué que Suzanne avait commencé à réduire les portions d'Isabelle au souper et qu'elle semblait vouloir la mettre à la diète. Suzanne reconnaît qu'elle essaie d'aider leur fille car elle ne veut pas qu'elle souffre d'un surplus de poids

comme elle en a souffert, alors elle rétorque à Denis : « Si ça ne te convient pas, tu n'as qu'à prendre le dossier de la cuisine et t'en occuper, comme ça tu décideras des portions. » Denis, qui ne voit aucunement comment il pourrait prendre en charge tout ce qui concerne l'organisation des repas, lui répond : « En tout cas, moi je ne trouve pas ça normal de diminuer les portions d'une jeune fille de 12 ans en pleine croissance sous prétexte qu'elle engraisse », et Suzanne de clore en disant : « Toi c'est toi et moi c'est moi, on ne voit pas la situation de la même façon. »

Il s'agit d'une situation où la conjointe ne peut tolérer de partager le pouvoir avec son conjoint. C'est soit lui, soit elle qui contrôle, mais ce n'est pas les deux ; il n'y a pas de place pour la remise en question des perceptions de chacun. Un des enjeux thérapeutiques consiste à souligner les manifestations de contrôle dès qu'elles se présentent dans le discours des conjoints. Par ailleurs, afin de rétablir l'équilibre du pouvoir dans la relation, le clinicien sensibilise les partenaires à l'importance des différences au sein d'un couple. Ainsi, les interventions portent sur la gestion des différences, sur la capacité des conjoints à entendre le point de vue de l'autre, à faire des compromis, et sur l'apprentissage d'habiletés de négociation plutôt que sur l'identification de celui qui a raison et de celui qui a tort.

La communication

La plupart des couples dont l'un des conjoints souffre de TCA présentent des déficits importants quant aux habiletés de communication. De façon générale, il appert que ces couples n'ont pas les habiletés d'écoute et de communication nécessaires pour s'engager dans une discussion profonde et intime sur leur relation. Ils éprouvent des difficultés à reconnaître leurs émotions, leurs besoins et leurs désirs. Le clinicien peut également noter chez les couples TCA un discours très superficiel où l'évitement des conflits prédomine. Selon Foster (1986), ces couples peuvent, selon le cas : 1) nier rigidement les sphères de conflits ; 2) reconnaître certaines difficultés, mais les associer à des aspects triviaux de la relation et en parler sans émotion ; 3) décrire des sphères de conflits au sein du couple sans être capables de prendre clairement position ; 4) reconnaître des émotions ou faire des réflexions intéressantes sans toutefois pouvoir soutenir une discussion autour de ce qu'ils ont avancé. Cette auteure note aussi que les patrons d'interaction dysfonctionnels présents chez ces couples se répercutent dans la relation avec le thérapeute lorsque, par exemple, les conjoints parlent exclusivement au thérapeute plutôt qu'entre eux ou encore lorsqu'ils entrent en compétition ouvertement pour l'attention du thérapeute. Dans l'ensemble, le travail du thérapeute de couple auprès d'un couple avec TCA vise à nommer ces difficultés dans l'interaction et à outiller les conjoints par l'enseignement d'habiletés de communication.

L'intimité

L'intimité constitue l'un des thèmes qui surviennent généralement plus tardivement dans le processus thérapeutique. Avant d'aborder l'intimité, le couple a habituellement exploré les thèmes des frontières, du contrôle et de la communication. Lorsque l'intimité est abordée, il est possible de voir resurgir certains symptômes alimentaires que les partenaires croyaient définitivement réglés. À ce stade-ci, le clinicien a le mandat d'aider le couple dans l'exploration des différents enjeux sous-tendant l'intimité tout en restant attentif à la réapparition possible des symptômes. Il peut devenir un peu moins actif pour permettre au couple d'échanger davantage ensemble. Les séances deviennent donc un lieu sécurisant où les conjoints peuvent parler en toute confiance d'eux-mêmes, de leur relation et de leurs liens avec leur famille respective. La difficulté des conjoints à afficher leur vulnérabilité l'un face à l'autre, la méfiance, la crainte du rapprochement physique, la résurgence de traumatismes sexuels passés, l'image corporelle et l'estime de soi sont tous des thèmes directement reliés à l'intimité et qui méritent l'attention soutenue du clinicien.

6.4. Défis du travail auprès des couples présentant un TCA

Plusieurs défis attendent le clinicien qui accepte d'aider un couple dont l'un des conjoints souffre d'un TCA.

A. Dénutrition

Il est possible que la personne aux prises avec un TCA souffre de dénutrition. La personne anorexique, en phase active de la maladie, présente assurément des indices de dénutrition. La personne boulimique peut également souffrir de dénutrition, même si son poids est encore à l'intérieur de ce qui est considéré comme un poids santé (IMC entre 20 et 25). Les indices cliniques de dénutrition pour la personne boulimique sont : une perte de poids significative à l'intérieur même de l'IMC santé, des irrégularités dans l'alimentation, des périodes de restriction et des crises de boulimie fréquentes (plusieurs par jour). Or, les conséquences associées à un état de dénutrition sont multiples et affectent plusieurs sphères du fonctionnement de la personne. Il n'est pas rare d'observer des changements au niveau émotionnel, cognitif, social et physique de même qu'au niveau des comportements alimentaires. Le tableau 11.4 résume les changements qui peuvent être observés.

Cet état de dénutrition peut être clairement en lien avec plusieurs des problèmes rapportés par le couple ou observés par le clinicien. Le thérapeute de couple qui n'est pas familier avec les TCA risque d'être biaisé dans son évaluation s'il considère d'emblée les informations recueillies comme étant stables dans le temps. Voici quelques exemples de biais possible : 1) présupposer que l'irritabilité manifestée par la conjointe fait partie

TABLEAU 11.4
Effets de la privation (Keys, 1950)

Changements des comportements alimentaires
• Préoccupation marquée envers les aliments
• Collections de recettes et de menus
• Augmentation de la consommation de café, de thé et d'épices
• Augmentation de la consommation de gomme à mâcher
• Hyperphagie boulimique
Changements émotionnels et sociaux
• Dépression, anxiété, irritabilité, colère, labilité, épisodes psychotiques, changements de personnalité mesurables par les tests, retrait social
Changements cognitifs
• Diminution de la concentration, pauvreté du jugement, apathie
Changements physiques
• Troubles du sommeil, baisse d'intérêt sexuel, hyperacuité aux sons et à la lumière, œdème, hypothermie, faiblesse, parasthésie

intégrante de sa personnalité, alors que la personne se sent beaucoup plus irritable depuis qu'elle est très malade ; 2) interpréter la difficulté de la conjointe à réfléchir à la signification de ses symptômes alimentaires comme un trouble cognitif ou une incapacité ; 3) attribuer entièrement aux problèmes de couple la baisse d'intérêt sexuel rapportée par la conjointe. Le clinicien qui travaille avec des couples où l'un des conjoints souffre de TCA doit être vigilant et vérifier si les informations rapportées par les conjoints sont assez stables dans le temps ou si elles varient en fonction de la gravité de la maladie. De la même façon, le clinicien qui observe chez la conjointe des changements au niveau émotionnel, cognitif ou physique pendant le traitement peut soulever la possibilité que cette dernière ait renoué avec certains comportements alimentaires problématiques et présente alors des symptômes de dénutrition.

B. Omniprésence du TCA

Il n'est pas rare que des conjoints fassent une demande d'aide pour des problèmes conjugaux tout en attribuant entièrement la cause de leurs problèmes au TCA. Ces couples sont convaincus que les difficultés alimentaires font ombrage à leur adaptation conjugale ; d'ailleurs, chaque situation de mésentente rapportée fait référence au trouble alimentaire.

Vignette clinique – Johanne et Marc

Johanne et Marc se présentent à leur première séance d'évaluation en affirmant qu'il s'agit d'une dernière tentative pour sauver leur couple. Tout au long de la rencontre, Marc est très irrité ; il énumère toutes les stratégies qu'il a mises de l'avant pour tenter d'aider sa femme anorexique ainsi que les sacrifices qu'il a dû faire depuis qu'elle est malade. Johanne, quant à elle, est repentante ; elle reconnaît tous les efforts de son conjoint et elle ne réussit pas à s'expliquer comment il se fait qu'elle n'ait pas vaincu l'anorexie. Tous deux s'entendent pour dire que le trouble alimentaire a fait des ravages au sein de leur relation. Marc précise même que malgré leur grand désir d'être parents, ils n'ont presque plus de rapports sexuels. La quasi-absence de la sexualité est attribuée entièrement au trouble alimentaire de Johanne. Toutefois, ni l'un ni l'autre ne semble se questionner ou, du moins, n'a abordé directement la possibilité que le maintien du TCA soit le reflet, par exemple, d'une ambivalence à l'idée d'avoir des enfants.

Les conjoints qui se réfèrent constamment au trouble alimentaire comme point d'ancrage de leurs difficultés de couple peuvent se retrouver avec une compréhension partielle et unidirectionnelle de leur situation, les difficultés alimentaires étant l'unique cause des problèmes de couple. L'accent sur les symptômes alimentaires de la part des conjoints peut faire en sorte que le thérapeute de couple cherche activement et presque continuellement à mettre en évidence les difficultés du couple. En effet, plusieurs thérapeutes de couple risquent d'interpréter l'attitude des conjoints, qui ne font référence qu'aux symptômes alimentaires, comme une résistance de leur part à regarder les difficultés au sein même de leur relation. En vue de contrer cette résistance, le thérapeute de couple peut, à son tour, promouvoir une vision partielle et unidirectionnelle de la situation, soit celle où il met l'accent uniquement sur les problèmes de couple tout en négligeant les aspects individuels qui contribuent au problème de couple. Donc, ni les conjoints, ni le thérapeute ne partagent une vision interactionnelle du problème.

Pour le clinicien qui remarque l'existence d'un fossé entre la perception des conjoints axée sur les symptômes alimentaires et sa propre perception axée sur les problèmes conjugaux, l'attitude à privilégier est de nommer l'écart entre les perceptions de chacun en reflétant aux partenaires l'impasse dans laquelle ils se retrouvent. Par exemple : « Avez-vous remarqué que vous mettez l'accent principalement sur le trouble alimentaire et que, de mon côté, je reviens constamment sur vos difficultés conjugales ? J'ai l'impression que nous avons deux visions parallèles de la même situation. Ne serait-il pas possible de réfléchir plutôt à la façon dont ces deux visions interagissent pour maintenir vos problèmes conjugaux et le problème alimentaire de madame ? »

C. Minimisation ou déni du trouble alimentaire

Un autre piège thérapeutique guette le clinicien lorsque les conjoints ne font peu ou pas allusion à la présence du problème alimentaire de la conjointe. Dans un tel cas, il est possible que le conjoint connaisse le problème alimentaire de sa conjointe mais qu'il le nie ou le banalise. Il est aussi possible que le trouble alimentaire soit caché au conjoint.

Dans le premier cas, les conjoints connaissent l'existence du problème alimentaire, mais ils l'écartent et se concentrent davantage sur les aspects relationnels qui les rendent insatisfaits. Cette tendance à isoler le problème alimentaire des difficultés conjugales permet de préserver la maladie de la conjointe. En fait, bien souvent, le conjoint se soumet à une demande implicite ou explicite provenant de son épouse de ne pas faire référence au trouble alimentaire. Cette dernière utilise des arguments logiques et difficilement réfutables comme par exemple, promouvoir l'exercice et les produits allégés par souci pour sa santé. Dans d'autres cas, la femme impose une loi du silence prétextant que si le conjoint parle, elle risque d'exploser ou de devenir encore plus malade. Il s'installe alors une symbiose malsaine servant à maintenir intact le trouble alimentaire.

Cette vision des problèmes où les conjoints écartent complètement le TCA et s'en remettent aux difficultés relationnelles peut correspondre aux impressions cliniques du thérapeute de couple qui, de par sa formation et son expertise, reconnaît beaucoup plus facilement les enjeux conjugaux. Sans en être conscient, le thérapeute conjugal, en intervenant principalement sur la dynamique conjugale, autorise également la conjointe à demeurer malade. Il réduit ainsi considérablement le travail thérapeutique qui pourra être réalisé auprès de ce couple puisqu'il fait fi d'un aspect du problème, le trouble alimentaire de la conjointe.

Le problème alimentaire peut aussi ne pas être connu du conjoint. Face à la maigreur de la femme anorexique, le thérapeute de couple pourrait soupçonner un TCA. Il est possible que ce dernier se sente mal à l'aise de mettre en question la présence d'un tel trouble alimentaire ou qu'il se sente démuni face au dévoilement du TCA. Afin d'éviter de se retrouver confronté à de telles situations, le thérapeute de couple peut rationaliser ce malaise en se convainquant que de diagnostiquer un trouble alimentaire ne fait pas partie de son mandat. Il est préférable, cependant, dans les cas où le thérapeute doute de la présence d'un TCA, de rencontrer la conjointe en individuel et d'examiner avec elle ses patrons alimentaires. Si au terme de cette rencontre, le doute persiste, il convient de référer la conjointe à son médecin de famille qui, lui, la référera à une clinique spécialisée pour l'évaluation et le traitement du TCA.

Le problème alimentaire peut aussi ne pas être remarqué par le thérapeute de couple, particulièrement s'il s'agit d'une conjointe boulimique. Si cette dernière cache tant et si bien son problème que son conjoint ne s'en aperçoit pas, le clinicien a peu de

chances de le repérer. Cependant, certains éléments cliniques pourront éveiller ses soupçons. Un des indices les plus révélateurs est l'absence d'effet thérapeutique malgré l'aide soutenue du thérapeute conjugal pour nommer, assouplir ou modifier des patrons d'interaction dysfonctionnels. Cette absence d'amélioration de la relation peut parfois sous-tendre la présence d'investissements à l'extérieur de la relation de la part d'un ou des deux conjoints et une ambivalence à vouloir réinvestir la relation. Par investissement à l'extérieur de la relation, plusieurs penseront aux relations extraconjugales, mais il peut aussi s'agir de crises de boulimie. En fait, le parallèle se fait très bien puisque la personne boulimique, tout comme l'infidèle, investit, en secret, à l'extérieur de la relation. Elle met en place différentes stratégies pour préserver cette « précieuse maladie » sans que son conjoint en soit informé. Dans ce contexte, le thérapeute de couple tente d'identifier les facteurs qui peuvent faire entrave à l'amélioration des problèmes de couple. Il peut, par exemple, mentionner à chacun des conjoints : « Je remarque que malgré les efforts que vous avez faits pour mieux comprendre et travailler la dynamique de votre couple, vous ne signalez aucune amélioration et, de mon côté, je n'en observe aucune. Qu'est-ce qui, d'après vous, peut expliquer que le traitement stagne ? » Si, par cette intervention, le thérapeute ne réussit pas à aller plus en profondeur dans les explications possibles, il peut ajouter : « Est-il possible que vous gardiez pour vous des informations dont vous n'avez osé parler, mais qui pourraient nous aider à mieux comprendre ce qui se passe dans votre relation ? » Le clinicien peut également proposer certaines rencontres individuelles pour mieux comprendre ce qui fait que le traitement stagne. En résumé, le thérapeute de couple doit se permettre d'aller vérifier ses doutes, ses impressions, ses intuitions, même s'il ne connaît pas très bien les facteurs qui peuvent expliquer la résistance du couple.

D. Présence d'un patient identifié

Le trouble alimentaire, particulièrement l'anorexie mentale, peut faire en sorte que le clinicien perçoive la personne qui en souffre comme étant plus fragile que son conjoint. Or, le fait que l'un des conjoints est clairement reconnu comme malade rend plus difficile l'établissement d'une alliance thérapeutique auprès des deux conjoints. Par exemple, le clinicien peut donner un soutien plus grand à la conjointe malade. À l'inverse, il peut aussi s'allier davantage avec le conjoint non malade, c'est-à-dire celui qui semble plus sain. Il peut lui attribuer informellement le rôle d'un cothérapeute qui alimente les entretiens et qui, parfois même, guide le travail du clinicien à travers ses exemples ou sa compréhension de la problématique de sa femme. D'ailleurs, si l'on se réfère aux types de conjoints, cette impasse clinique survient principalement lorsque le clinicien entre en interaction avec un conjoint qui, bien qu'aimant et gentil, cherche à tout prix à garder le contrôle et le pouvoir au sein de la relation. Pour se sentir en contrôle de la relation, ce conjoint doit donc porter toute son attention sur les symptômes de sa femme et la maintenir dans une position vulnérable pour ainsi éviter de regarder ses propres difficultés. Donc, si le clinicien, tout comme le conjoint, reconnaît que la personne ayant un TCA est plus vulnérable, il maintient ce déséquilibre entre les conjoints, répond aux

demandes implicites du conjoint non malade de s'intéresser uniquement à la conjointe malade et devient partie intégrante de cette dynamique malsaine. Le thérapeute vient s'ajouter aux personnes qui prennent en charge la personne malade et répond peut-être à la dynamique personnelle de la conjointe. Afin d'éviter ce genre de piège, le clinicien nomme la contribution respective de chacun des conjoints au maintien du problème conjugal et alimentaire.

E. Contre-transfert

Le travail clinique auprès des personnes qui souffrent de TCA génère différentes réactions contre-transférentielles, et le thérapeute de couple n'y échappe pas. Il n'est pas rare que le clinicien reproduise auprès de la personne souffrant de TCA les comportements et les attitudes de l'entourage de cette personne, particulièrement les parents et le conjoint.

Certains cliniciens jugent les comportements alimentaires comme étant incompréhensibles, déraisonnables, insensés, et minimisent le trouble en supposant que le problème véritable de la personne est tout autre. Le thérapeute de couple qui ne connaît pas bien les TCA pourrait même être porté à croire qu'il y a une autre psychopathologie sous-jacente au TCA et ainsi ne porter que peu d'attention au TCA. Par exemple, il pourrait croire qu'il s'agit d'un trouble de l'humeur et que si ce dernier est traité, le TCA disparaîtra de lui-même. En ce sens, il peut faire une mauvaise référence pour le suivi individuel. Bien sûr, il pourrait y avoir d'autres problématiques liées ou ayant contribué au développement du TCA, d'où l'importance d'explorer les psychopathologies comorbides dans l'évaluation ; mais il ne s'agit pas nécessairement d'une relation directe ou présente à tout coup. Le TCA en soi mérite qu'on s'y attarde de manière particulière.

D'autres cherchent à agir rapidement, à régler le problème, à sauver la personne, ce qui les amène parfois à vouloir contrôler les symptômes sans comprendre ce que la personne exprime à travers eux. En s'activant ainsi, le clinicien répond bien souvent à son propre besoin de se sentir compétent et efficace et se garde d'être en contact avec le sentiment d'impuissance que lui fait vivre la personne TCA et son conjoint. Le clinicien ne doit pas oublier que le TCA fait souvent partie intégrante de l'identité de la personne (égosyntone) et donc que les symptômes alimentaires ne disparaîtront pas rapidement. Il garde en tête l'importance d'explorer la signification du trouble alimentaire avant même de chercher à le taire ou à le banaliser. Il se montre vigilant face à ses propres réactions contre-transférentielles, il se permet d'être en contact avec celles-ci et il les utilise en traitement pour valider l'expérience des conjoints et les aider à mieux comprendre ce qui se passe au sein de leur relation. Par exemple, le clinicien pourrait soulever : « Actuellement, je ressens une forte pression de la part de monsieur, pour comprendre, guérir et éliminer le trouble alimentaire de madame et, en même temps, une autre pression tout aussi forte de la part de madame pour ralentir la cadence. Ressentez-vous cette opposition ? »

Le thérapeute peut percevoir la résistance de la conjointe comme un manque de coopération, un manque de volonté ou une certaine forme de complaisance dans la maladie due au fait qu'elle retire de l'attention et du soutien de son conjoint. Toutefois, il est possible que le TCA soit davantage la manifestation d'une ambivalence et d'une crainte face au changement. Le thérapeute pourrait avoir envie de punir les conjoints et de se désinvestir du traitement compte tenu de la grande résistance à changer. Ces sentiments négatifs à l'égard des conjoints peuvent être difficilement tolérables pour le thérapeute, qui risque alors de se sentir très coupable, culpabilité qui peut se traduire par un surinvestissement au sein de la relation thérapeutique (formation réactionnelle). Ce mode de relation pourrait ressembler au type de relation que la conjointe TCA entretient avec son conjoint ou sa famille. En fait, ces derniers peuvent se retrouver dans le même cercle vicieux des émotions négatives, de la culpabilité et du surinvestissement. Le thérapeute pourrait aussi agir sur son contre-transfert et s'engager dans une confrontation avec la patiente, ce qui reflèterait ses sentiments négatifs. Il est plus aidant et approprié de s'attarder à une analyse plus poussée du type de changement duquel la personne a peur comme, par exemple, devenir femme, avoir plus de responsabilités, se séparer des parents, se rapprocher de son conjoint.

F. La sexualité chez les couples présentant un TCA

La sexualité est un des thèmes les plus difficiles à explorer chez les couples où l'un des conjoints souffre de TCA. Nombre d'entre eux manifestent de la réserve, de l'embarras ou même un malaise notable face aux questions portant sur l'intimité sexuelle. Il s'agit d'ailleurs d'un thème très peu discuté à l'extérieur des rencontres. Le clinicien qui se bute à une résistance du couple pour aborder ce thème risque, lui aussi, de ressentir un certain malaise. Il peut avoir l'impression d'avoir été intrusif par ses questions et d'avoir brusqué les conjoints. Il pourrait avoir envie d'éviter la question de l'intimité sexuelle. Pourtant, une grande majorité des personnes ayant un TCA éprouvent des problèmes sexuels. L'évaluation et le suivi du couple doit nécessairement inclure l'exploration de la sexualité. Outre les questions générales sur la nature, la quantité et la qualité des échanges sexuels, que le lecteur intéressé pourra retrouver dans le chapitre sur les dysfonctions sexuelles du présent livre, le thérapeute de couple doit aussi vérifier certaines informations qui font davantage référence à la problématique du poids. Par exemple, est-ce que les conjoints ont noté un changement dans leurs activités sexuelles ou dans leur degré de satisfaction en fonction de la prise ou la perte de poids de la conjointe ? Cette relation entre la qualité des rapports sexuels et la perception de chacun des conjoints quant à son image corporelle devrait être explorée. Également, comme les patientes avec un IMC sous la norme rapportent plus fréquemment un manque de libido (Abraham, 1985), le clinicien sera sensible aux liens possibles entre les symptômes de dénutrition et l'éventuelle baisse d'intérêt sexuel. Il pourrait également vouloir explorer la compréhension qu'ont les conjoints du lien entre le TCA de madame et leurs difficultés sexuelles. Enfin, si les partenaires ont révélé la présence d'abus sexuel en bas âge, ce thème en relation avec le TCA et la sexualité du couple doit évidemment être

abordé mais cette fois, avec beaucoup de doigté. Pour ce qui est du traitement, différents enjeux sous-tendent habituellement l'intimité sexuelle chez les couples TCA, par exemple la gestion du pouvoir entre les conjoints, la relation à son propre corps et au corps de l'autre, les attentes exprimées et inexprimées, la rigidité, le contrôle.

6.5. Illustration clinique

Un jeune couple à la fin de la vingtaine consulte un thérapeute d'approche psychodynamique, car les conjoints trouvent difficile de s'adapter à leur vie à deux depuis qu'ils cohabitent. Les conjoints se sont fréquentés pendant cinq années et demeurent ensemble depuis près d'un an. Le rythme de vie de chacun et les horaires très différents semblent au cœur des difficultés actuelles du couple. Jérôme travaille en informatique depuis la fin de ses études universitaires, il y a sept ans. Geneviève se spécialise pour devenir pédiatre. Avant d'être acceptée au programme de médecine, elle a fait un baccalauréat en ergothérapie.

Lors de la première rencontre d'évaluation, Jérôme mentionne que la dernière année a été particulièrement difficile pour eux. Geneviève a travaillé très fort. En plus de son horaire régulier, elle était souvent absente les soirs et les fins de semaine pour travailler ou pour étudier. Lorsqu'elle était à la maison ou qu'elle faisait une activité avec lui, elle semblait stressée et absente. Jérôme soutient que la médecine est une passion pour Geneviève et il s'interroge actuellement sur sa véritable place auprès d'elle. Bien qu'il constate que l'année en cours est extrêmement exigeante pour Geneviève, il croit de moins en moins qu'il puisse s'agir d'une situation temporaire, car depuis qu'il la connaît, elle a toujours été aussi engagée dans son travail et ses études. La cohabitation n'a fait que mettre encore plus clairement en évidence la non-disponibilité de sa conjointe. Par exemple, il dit avoir surpris Geneviève à quelques occasions en train d'étudier la nuit car elle était incapable de dormir. Parmi les autres changements notés, il mentionne aussi une baisse de l'activité sexuelle. Il croit également que sa conjointe a perdu du poids, mais il ne pourrait dire combien de livres. Or, le faible poids actuel de Geneviève est flagrant pour le thérapeute.

Geneviève, pour sa part, a trouvé extrêmement exigeant de composer avec la pression des études et du travail tout en se justifiant auprès de Jérôme chaque fois qu'elle ne pouvait passer du temps avec lui. Elle le sentait déçu, irrité, et elle n'aimait pas ça. Elle a l'impression de devoir répondre aux demandes de tous et se sent essoufflée. Elle aimerait que son conjoint soit plus tolérant, qu'il comprenne que sa situation actuelle est temporaire. Contrairement à Jérôme, Geneviève ne se dit pas alarmée par la baisse de leur activité sexuelle, ni par sa perte de poids et son insomnie, qu'elle attribue principalement à sa surcharge. D'ailleurs, le thérapeute sent la présence d'une certaine résistance de la part de la conjointe pour approfondir ses difficultés, tant au plan sexuel ou alimentaire qu'à celui des habitudes de sommeil. Elle tend à rationaliser et banaliser ses expériences. Ces thèmes seront abordés à nouveau lors de rencontres individuelles.

À la première rencontre individuelle avec la conjointe, le clinicien remarque qu'il éprouve des difficultés à obtenir des informations précises sur les comportements alimentaires actuels de cette dernière puisqu'elle manifeste de l'impatience et de l'irritabilité. Par son attitude, elle donne l'impression au thérapeute que ce dernier fait fausse route par ses questions et qu'il lui fait perdre son temps. À cet instant, le thérapeute se retrouve face à un défi thérapeutique, soit d'obtenir l'information sur les comportements alimentaires tout en maintenant l'alliance thérapeutique avec la cliente. Pour résoudre cette impasse clinique, il choisit de décrire ce qui se passe dans la relation en mentionnant à la cliente que son attitude semble vouloir le dissuader de recueillir des informations supplémentaires. Cette intervention ouvre la discussion sur les comportements de résistance de la conjointe et permet de refléter à cette dernière les stratégies qu'elle met en place pour maintenir sa chasse gardée. Bien que ce travail de la résistance ait généré de l'irritabilité chez la cliente, il a tout de même permis à cette dernière de nommer plus clairement ce qui la dérange. Au terme de cette rencontre, le clinicien retient : 1) que la cliente ne veut pas reconnaître que ses comportements alimentaires actuels sont problématiques ; 2) qu'elle a déjà eu des difficultés alimentaires il y a près de 15 ans et qu'elle présume être capable d'identifier les véritables signes d'une rechute sans l'aide de quiconque ; 3) qu'elle ne souhaite pas inquiéter son conjoint, qui pourrait alors la surveiller davantage, ce qui induirait chez elle une pression supplémentaire.

Comme la première rencontre individuelle avec la cliente a principalement porté sur l'exploration des motifs qui font qu'elle ne veut pas parler de ses comportements alimentaires, le clinicien choisit d'ajouter à son protocole d'évaluation une deuxième rencontre individuelle avec la conjointe pour solidifier l'alliance et recueillir les informations nécessaires lui permettant de bien documenter les difficultés de madame. Au cours de cette rencontre, le thérapeute apprend que, dans les six derniers mois, Geneviève a perdu près de 5 kg, qu'elle consomme en moyenne quatre à cinq cafés noirs par jour et qu'elle a eu recours aux amphétamines sept à huit fois pour pouvoir continuer d'étudier malgré la fatigue. Actuellement, elle mesure 5 pieds 5 pouces et pèse 104 livres (IMC = 17,5). Par ailleurs, elle ne mange que deux repas par jour, le matin et le soir, principalement parce qu'elle manque de temps. À son avis, elle ne serait pas la seule à sauter des repas par manque de temps ; elle constate que plusieurs de ses collègues font de même. Elle ne semble donc pas inquiète par cette nouvelle habitude alimentaire.

En ce qui a trait à ses habitudes alimentaires, l'évaluation fait ressortir des patrons alimentaires assez rigides, la présence d'aliments interdits, la consommation de produits allégés et l'exercice physique intensif comme comportement compensatoire. L'historique des problèmes alimentaires indique que la cliente a vécu une période d'anorexie vers 14 ans et qu'elle a été suivie dans une clinique spécialisée en TCA pendant un an. Au terme du suivi, la cliente présentait une saine gestion de son alimentation. Parmi les facteurs ayant contribué au TCA, le clinicien note : surplus de poids à l'enfance et taquineries, entrée au collège privée, besoin de performance, peu d'attention du père, très grande complicité avec la mère. Enfin, pour ce qui est des difficultés liées

au sommeil, l'évaluation ne permet pas de croire à une insomnie primaire puisque la cliente rapporte que lorsqu'elle se réveille la nuit, elle n'essaie pas de se rendormir mais profite aussitôt du fait qu'elle est éveillée pour se lever, travailler et faire quelques exercices. Plusieurs facteurs de son hygiène de vie ont aussi été ciblés en lien avec ses réveils nocturnes, notamment la consommation importante de café et la prise d'amphétamines à l'occasion.

Au terme des deux rencontres individuelles, Geneviève reconnaît que le fait qu'elle réussit à contrôler son alimentation, à moins dormir et à étudier davantage est pour elle synonyme de performance. Enfin, elle fait aussi un parallèle entre ses comportements actuels et ses comportements alimentaires passés : par exemple, le fait d'avoir recours aux mêmes prétextes qu'à l'adolescence pour justifier ses habitudes alimentaires, soit avoir trop d'études et être trop occupée, et de réagir à l'attitude inquisitrice du thérapeute comme aux manifestations de contrôle de ses parents, en devenant plus prompte dans ses interactions.

Contrairement à Geneviève, qui présentait une résistance manifeste lors des rencontres individuelles, Jérôme, pour sa part, se montre coopératif lors de son entrevue individuelle. Il répond à l'ensemble des questions du thérapeute et il n'hésite pas, lorsque l'occasion s'y prête, à mettre en valeur l'expertise de ce dernier. Parmi les caractéristiques de Jérôme, notons son côté pragmatique, rationnel et sa grande stabilité. Plusieurs exemples appuient cette description de Jérôme. D'abord, en entrevue, il est proactif pour chercher des solutions concrètes à leurs problèmes, mais il réussit plus difficilement à nommer ses sentiments, ce qui met en évidence son côté pragmatique et rationnel. Également, en séance, il rapporte plusieurs faits qui soulignent sa grande stabilité, notamment qu'il a été engagé par la compagnie informatique où il avait fait son stage, que son réseau social est stable depuis plusieurs années et qu'il n'a eu qu'une seule autre conjointe, dont la relation avait duré cinq ans. Durant la rencontre, le clinicien observe également que Jérôme fait fréquemment référence à sa conjointe et à ses études en médecine pour justifier les difficultés actuelles du couple, mais qu'il ne parle pas de sa possible contribution à ces difficultés.

Deux autres rencontres d'évaluation en couple s'ajoutent aux rencontres individuelles. Ces rencontres ont permis d'observer les deux membres du couple en interaction. Il ressort de leur style d'interaction que les conjoints présentent un bon contact visuel, que leur discours n'est habituellement pas chargé d'animosité, qu'ils sont tous les deux assez calmes et disposés à entendre le point de vue de l'autre même si ni l'un ni l'autre ne change ses perspectives au fil de la conversation, mais qu'ils éprouvent manifestement des difficultés à aborder spontanément leurs sentiments, leurs désirs et leurs besoins.

En ce qui a trait au contenu de ces rencontres d'évaluation en couple, les principaux thèmes discutés sont : l'impression chez Geneviève que son conjoint est parfois en position d'attente face à elle (enjeux reliés à l'autonomie/dépendance), qu'il

lui met de la pression pour qu'elle consacre plus de temps au couple (enjeux reliés au contrôle), qu'il n'est pas totalement satisfait d'elle (enjeux narcissiques). De son côté, Jérôme a l'impression que Geneviève gère l'horaire du couple (enjeux reliés au contrôle), qu'elle le perçoit comme une veille chaussette dont elle ne veut pas se départir, non pas parce qu'elle est belle (enjeux narcissiques) mais seulement parce qu'elle est confortable (enjeux de dépendance), et qu'elle a moins envie de se rapprocher de lui physiquement (enjeux reliés à l'intimité).

Les mêmes thèmes (contrôle, autonomie/dépendance, image, intimité) ressortent lors de la dernière rencontre d'évaluation en couple où les conjoints sont interrogés à savoir pourquoi ils n'avaient pas discuté ensemble des différents changements observés chez Geneviève. Cette dernière mentionne : 1) la peur de ne plus pouvoir avoir recours à la restriction pour faire face à une situation difficile si son conjoint est au courant (garder le contrôle) ; 2) la crainte d'inquiéter son conjoint et que ce dernier souhaite s'impliquer plus activement (peur qu'il prenne le contrôle) ; 3) la peur que ce dévoilement teinte l'image que son conjoint se fait d'elle (enjeux narcissiques). Parallèlement, les raisons ayant amené Jérôme à considérer les rationalisations de sa conjointe comme des faits et à ne pas s'inquiéter de ces irrégularités alimentaires malgré des changements manifestes sont : 1) la perception qu'il avait de sa conjointe comme d'une femme forte et ambitieuse, qui ne semblait pas en détresse (enjeux narcissiques) ; 2) l'impression que sa conjointe ne voulait strictement pas discuter ce thème avec lui (contrôle) ou qu'il n'était pas la personne désignée, selon elle, pour ce genre de discussion (enjeux narcissiques). Au moment de l'évaluation, toutefois, les conjoints n'associaient pas clairement leurs problèmes actuels à une difficulté importante à ressentir et nommer des émotions à connotation négative (difficultés reliées à l'intimité).

Enfin, au terme de l'évaluation, le clinicien a pu confirmer que la réapparition du TCA ou, du moins, des symptômes importants de TCA coïncidait non seulement avec une surcharge de travail mais aussi avec le début d'un engagement véritable au plan relationnel (cohabitation). C'est pourquoi il a recommandé un suivi nutritionnel pour la conjointe et un suivi pour le couple. La conjointe devait aussi s'engager à rencontrer son médecin de famille pour des examens de routine. Toutes les conditions ont été acceptées par le couple. La conjointe a été référée à une nutritionniste spécialisée dans le traitement des TCA et elle a accepté de signer un formulaire de consentement autorisant l'échange d'informations entre les intervenants. Il a été convenu entre les intervenants responsables du dossier que la conjointe travaillerait les enjeux liés à son alimentation en individuel alors que les aspects relationnels seraient travaillés en couple. Pour ce qui est du suivi en couple, le clinicien avait en tête les différents thèmes qui ressortaient de l'évaluation (contrôle, enjeux de séparation/individuation, narcissisme, intimité). Ces derniers ont été travaillés tout au long du suivi, qui durera 18 mois.

Les premières rencontres de traitement portent sur l'exploration des réactions suscitées à la suite du processus d'évaluation. Geneviève remarque que son conjoint s'informe davantage de son alimentation depuis qu'ils consultent et elle a l'impression

qu'il la regarde plus attentivement au repas, comme s'il comptabilisait ce qu'elle mange. Elle considère que ses impressions actuelles rejoignent ses intuitions premières qui la retenaient de parler de ses préoccupations alimentaires. Pour elle, une pression supplémentaire s'est ajoutée à la suite de l'évaluation, celle de devoir rendre des comptes sur son alimentation. Le clinicien garde en tête qu'il pourrait s'agir d'une intensification réelle du contrôle de la part du conjoint, mais qu'il peut aussi s'agir d'une certaine forme de projection de la part de la conjointe (projection de sa propre tendance à comptabiliser). Jérôme, pour sa part, ne voit pas la situation exactement de cette façon. Il sent que sa conjointe ne veut tout simplement pas aborder avec lui ses préoccupations, ce qui l'amène à insister davantage pour obtenir des informations. Donc, plus elle refuse, plus il insiste. C'est d'ailleurs ce qui introduit le thème du contrôle, un thème qui est travaillé tout au long du suivi et qui sous-tend des enjeux cliniques importants.

D'abord, il semble clair que pour Geneviève, la restriction constituait une chasse gardée qui lui donnait l'illusion d'être en contrôle (du moins au niveau alimentaire) et lui permettait ainsi de réagir moins vivement au fait de se sentir contrôlée et coincée par les demandes régulières de son conjoint. L'augmentation des comportements de restriction coïncide d'ailleurs avec le début de la cohabitation. Or, le fait que Geneviève consulte maintenant en nutrition et qu'elle se fixe des objectifs alimentaires à chaque semaine (donc qu'elle diminue ses comportements de restriction) a eu pour effet d'activer, chez elle, ce sentiment d'être contrôlée. En effet, en ayant moins recours à la restriction comme stratégie de gestion des émotions, le sentiment d'être contrôlée est ressenti plus intensément. Le clinicien est à même d'observer en séance cette hypersensibilité et cette intolérance au contrôle. Il remarque une attitude de fermeture chez sa cliente dès que ses propos ou ceux de son conjoint ne vont pas dans le sens de ce qu'elle souhaiterait entendre. Jérôme, quant à lui, insiste et cherche activement l'appui du thérapeute pour faire valoir ses opinions auprès de sa conjointe. En fait, pour regagner le contrôle, Geneviève cherche à s'organiser par elle-même et, donc, à éloigner son conjoint et le thérapeute (ceux qui, selon elle, la contrôlent). Ce faisant, Jérôme réagit vivement à cette mise à distance en émettant son point de vue, en insistant pour avoir des explications (tentative de reprendre le contrôle) et en tentant de faire encore plus collusion avec le thérapeute, ce qui ne fait qu'exacerber la dynamique conjugale. À ce stade-ci, le thérapeute sent la menace d'un déséquilibre au sein de l'alliance thérapeutique. En fait, il se sent lui-même contrôlé à la fois par Geneviève, qui le tient à distance et qui ne travaille pas à partir de ses interventions, et par Jérôme, qui cherche à s'en approcher en le prenant comme allié. Il décrit donc clairement cette dynamique où chacun, à sa manière, tente de gérer le travail du thérapeute (soit en le muselant, soit en l'incitant à prendre parti). Ce travail de description de la dynamique et des résistances associées est central dans le traitement, car il permet aux conjoints de prendre conscience, ici et maintenant, de leur fonctionnement interpersonnel et de leur contribution respective à l'exacerbation et au maintien de cette dynamique de contrôle. De plus, en décrivant systématiquement ce qu'il observe de l'interaction entre les conjoints,

le thérapeute augmente le niveau d'engagement des conjoints dans le traitement, puisque les conjoints voient plus clairement le travail qu'ils ont à faire sur eux tout en sentant l'appui et l'expertise du thérapeute.

Le thème du contrôle chapeaute plusieurs éléments intéressants. D'abord, chez Geneviève, ce thème semble intimement lié à celui de la performance et de l'excellence. En fait, elle se rend compte que, pour ne pas déplaire et pour bien paraître, elle accepte de répondre aux demandes et aux exigences des autres et qu'elle n'impose que très peu de limites à son entourage. Or, elle a le sentiment de tendre vers ce que les autres souhaitent qu'elle fasse. Elle interprète aussi toutes les demandes de son conjoint comme des exigences supplémentaires et ceci la fait vivement réagir. Cependant, elle se rend compte aussi que les seules fois où elle ose s'affirmer et mettre des limites, c'est lorsque les demandes proviennent de son conjoint. Elle prend donc conscience qu'elle déplace peut-être vers son conjoint (une cible moins menaçante) plusieurs frustrations ressenties parce qu'elle ne s'affirme pas. Ainsi, son immense besoin de contrôle dans la relation actuelle s'avérerait en soi une tentative de reprise de contrôle face à son sentiment d'être contrôlé par l'extérieur. Toute cette discussion autour du contrôle amène aussi Geneviève à reconnaître qu'elle s'impose elle-même cette pression de tout réussir et donc que cette dernière ne provient pas de l'extérieur comme elle l'a toujours cru. Elle reconnaît qu'elle a clairement intériorisé les pressions parentales et qu'elle s'exige maintenant de faire ce que les autres lui demandent. Donc, si elle tient à reprendre en partie le contrôle de sa vie, elle devra affirmer ses besoins et faire des choix. La notion d'affirmation des besoins l'amène à voir que, outre la médecine, elle connaît très peu ce qu'elle aime et ce qui l'intéresse puisque ce qu'elle aime est constamment associé à ce qui est demandé. Travailler l'affirmation de soi vient confronter son désir de maintenir une image idéalisée, thème qui sera repris un peu plus tard. C'est d'ailleurs à ce moment que Geneviève entrevoit les avantages qui sont associés à son style d'interaction (conserver une bonne image, ne pas avoir à se remettre en question, projeter les insatisfactions sur l'extérieur, ne pas faire d'efforts pour mieux se connaître).

Jérôme est conscient que même si ses demandes sont souvent mal reçues par Geneviève, il ne peut s'empêcher de les faire. Au fil des rencontres, il se rend compte qu'il s'agit pour lui d'une stratégie pour maintenir la cohésion du couple. En fait, il a l'impression d'être celui qui tient le couple à bout de bras et que, s'il arrête de faire des demandes (lâche le contrôle), les deux membres du couple vont s'éloigner de plus en plus. De façon plus concrète, il semble que les demandes de Jérôme sont davantage des tentatives de gérer sa propre insécurité face à la relation. C'est pourquoi, suite aux rencontres d'évaluation et principalement à la suite de l'annonce des difficultés alimentaires de Geneviève, Jérôme est devenu plus inquiet face à sa conjointe. Il cherchait à obtenir des informations pour se rassurer et surtout pour composer avec le sentiment d'impuissance qui l'habitait. Toute cette tentative de réassurance le menait dans une boucle sans fin puisque plus il faisait des demandes ou recherchait des informations, plus il sentait sa conjointe irritée et plus il craignait qu'elle se distance de lui et mette

un terme à la relation, donc plus il augmentait ses demandes et sa quête d'informations. Ce qu'il croyait faire pour aider son couple avait plutôt l'effet inverse. Geneviève se sentait agressée par les demandes de son conjoint.

Ainsi, Geneviève a appris à mieux reconnaître ses besoins et ses goûts dans la relation et à les nommer, non pas par des manifestations d'impatience, mais en verbalisant davantage ce qu'elle désire. Également, elle a appris à considérer ses comportements non verbaux (attitude de fermeture, impatience) comme un indicateur d'une insatisfaction dans la relation. Elle cherche donc à mieux identifier la signification de son impatience et de son irritabilité. De son côté, Jérôme tente de mieux apprivoiser son sentiment d'insécurité et d'impuissance dans la relation, même si, de prime abord, il était très réticent à se voir insécurisé. En fait, dans sa vision de son propre fonctionnement interpersonnel, Jérôme ne pouvait se définir comme insécurisé car il se percevait davantage comme celui qui prenait la relation en charge. D'ailleurs, l'attitude de Jérôme face au thérapeute a changé lorsque ce dernier a décrit plus clairement l'insécurité de Jérôme. En effet, alors que Jérôme cherchait constamment un allié chez le thérapeute, il est devenu plus distant lorsque le thérapeute a commencé à observer plus étroitement son insécurité. Le thérapeute reconnaissait que le fait pour Jérôme d'avoir été proactif dans la relation l'avait clairement prémuni contre sa propre vulnérabilité et que, dans ce contexte, regarder cette vulnérabilité générait chez lui une certaine forme de résistance. Par ailleurs, pour mieux cibler les sentiments d'insécurité et d'impuissance de Jérôme et pour mieux comprendre la signification de ses comportements, le thérapeute l'a accompagné dans l'analyse de plusieurs situations où il sur-sollicitait Geneviève. L'exploration du thème de l'insécurité a fait ressurgir plusieurs autres prises de conscience. D'abord, il postulait l'hypothèse que certains de ses choix avaient été guidés en partie pour éviter la peur ou l'insécurité (p. ex., le choix du milieu de travail). Le fait d'être très stable lui évitait donc de se sentir vulnérable. La discussion autour de l'insécurité de Jérôme a aussi introduit un autre thème qui avait été soulevé en évaluation, soit celui de l'autonomie/dépendance. Ce thème rejoint les deux conjoints.

Geneviève rapporte, à plusieurs occasions, qu'elle se sent étouffée par la relation, ayant l'impression que son conjoint demande toujours plus d'elle. À l'opposé, Jérôme constate que s'il ne faisait pas de demandes, ils passeraient très peu de temps ensemble. Le thérapeute remarque que Geneviève se retrouve à un extrême du continuum d'autonomie/dépendance, car tous ses besoins de dépendance sont refoulés et niés dans la relation actuelle. En même temps, elle est très dépendante de l'opinion d'autrui pour se définir et elle entretient une relation très symbiotique avec la nourriture. Le fait que son conjoint porte entièrement les besoins de dépendance devient, pour elle, un bon prétexte pour ne pas être en contact avec la partie d'elle qui pourrait aussi avoir besoin de son conjoint. De la même façon, cette autonomie à outrance chez Geneviève incite Jérôme à insister pour passer plus de temps avec elle. Donc, alors que l'un tente de ramener l'autre vers le pôle de la dépendance, l'autre s'acharne à défendre l'autonomie. Toutefois, ni l'un ni l'autre ne semble avoir bien intégré ses besoins d'autonomie/dépendance.

Au fil des rencontres, Geneviève se rend compte qu'elle prend très peu d'initiatives dans le couple, et bien que parfois elle pourrait en avoir envie, elle a l'impression de ne pas avoir le temps de concrétiser un projet ou une activité que déjà Jérôme propose. Jérôme aimerait que Geneviève prenne des initiatives (ceci diminuerait son insécurité et l'amènerait probablement à être moins insistant) et selon lui, il reste suffisamment d'espace pour qu'elle puisse le faire, ce qui souligne à quel point ils ne voient pas la situation de la même façon. Au fil des discussions, ils arrivent à trouver un terrain d'entente qui permet de tenir compte des besoins de chacun. Leur plan est très concret mais semble les satisfaire. Ils choisissent de fixer des plages horaire strictement réservées au couple, soit le samedi soir et le dimanche toute la journée (ils réintroduisent la structure qui fonctionnait bien avant qu'ils cohabitent), où Geneviève va tenter de prendre des initiatives et Jérôme va s'efforcer de soutenir l'attente sans proposer. Naturellement, ce plan a été modifié et assoupli au cours du suivi, mais il a servi de base pour travailler l'intégration des besoins d'autonomie/dépendance chez les conjoints.

Tout au long du traitement, le clinicien a pu observer, chez chacun des conjoints, des phases de progression et de régression. Dans les phases de régression, les vieux patrons d'interaction se répétaient. Par exemple, Geneviève cherchait à reprendre ses distances et à s'occuper d'elle par elle-même ; elle n'avait pas envie de venir aux séances, elle jonglait avec la tentation de se restreindre. Jérôme, lui, resserrait l'étau en augmentant les demandes. Il était aussi beaucoup plus défensif face à l'examen de sa propre vulnérabilité. Il semble que leur difficulté à composer avec une nouvelle image d'eux et du couple contribuait à activer la régression. En effet, les conjoints n'étaient pas toujours à l'aise de se montrer vulnérables, ce qui les amenait à vouloir retourner à leurs anciens patrons de fonctionnement. Également au cours du suivi, le clinicien a eu accès à une dynamique complètement opposée où Geneviève initiait des approches et Jérôme, lui, tendait à être plus distant. Le rôle du thérapeute, qui consiste alors à contenir, nommer et autoriser ces mouvements de progression et de régression, est crucial. En effet, la saine gestion des mouvements de progression et de régression est un aspect fondamental du traitement, car elle contribue assurément à l'engagement du couple dans le traitement. Dans ces contextes, le thérapeute doit décrire clairement ce qui se passe dans la relation (y compris la relation thérapeutique) pour que les conjoints comprennent mieux les enjeux qui les poussent à vouloir abandonner le traitement ou le travail de la relation et qu'ils se sentent soutenus pour le faire. Le thérapeute permet aussi aux conjoints de prendre conscience, ici et maintenant, que le fait de donner accès à sa propre vulnérabilité n'est pas un signe de faiblesse mais qu'au contraire, cela permet de construire la relation, y compris la relation thérapeutique. Après 14 mois de traitement, le clinicien constate que les périodes de régression sont moins fréquentes et durent moins longtemps. À son avis, le couple aurait pu choisir de mettre un terme au traitement, mais les conjoints ont choisi d'explorer leur intimité sexuelle. Cette décision du couple semble reposer sur plusieurs facteurs. D'abord, Jérôme ne se sentait pas prêt à quitter définitivement le processus thérapeutique (se sentant un peu insécurisé) et Geneviève trouvait de plus en plus intéressant de comprendre les subtilités de sa relation.

Bien que Geneviève ne l'ait pas précisé, le thérapeute soupçonne aussi qu'elle ait pu vouloir poursuivre dans le but de ne pas déplaire au thérapeute. L'exploration de leur intimité sexuelle a fait ressurgir les mêmes thèmes de contrôle, d'image et d'autonomie/dépendance. Par exemple, Geneviève avait, à ce jour, pris très peu d'initiatives au niveau sexuel ; elle avait le sentiment de ne pas toujours être à la hauteur des attentes de son conjoint, notamment en ce qui a trait à la fréquence ; elle avait aussi l'impression que son conjoint initiait parfois les contacts physiques davantage par habitude que par envie. De son côté, Jérôme avait toujours eu le sentiment que s'il n'assumait pas le leadership des échanges sexuels, ils auraient été très peu actifs sexuellement. Il était aussi capable de reconnaître que prendre des initiatives sexuelles était synonyme de virilité. Comme les conjoints étaient en mesure de bien reconnaître la répétition de leur dynamique au niveau de l'intimité sexuelle, les prises de conscience ont été accélérées. Par contre, le travail a surtout porté sur la clarification des besoins et des attentes de chacun. Dès que les conjoints ont pu sentir une amorce de changement au niveau sexuel (un peu moins de routine et de rigidité), ils ont choisi de mettre un terme au processus. Le thérapeute a senti que le couple n'avait pas envie d'aller plus loin et a respecté leur choix. Le processus a pris fin après 18 mois de traitement.

CONCLUSION

L'évaluation et le traitement des couples s'avèrent, en soi, un domaine d'expertise en psychologie. La présence d'un TCA chez l'un des conjoints ajoute au travail du psychologue de couple, qui doit alors tenir compte de la maladie et de ses enjeux cliniques. Sur la base des connaissances théoriques actuelles, ce chapitre propose des outils cliniques et des pistes de réflexion pour alimenter l'évaluation et le traitement des couples présentant un TCA en plus de souligner certains pièges que peut rencontrer le thérapeute conjugal. L'importance d'arrimer le travail des symptômes alimentaires à celui de la dynamique conjugale a été clairement mise en évidence. Pour ce faire, le thérapeute de couple doit être en mesure de bien dépister les symptômes alimentaires, travailler en collaboration avec des spécialistes dans le domaine des TCA et chercher à bien comprendre la signification des symptômes alimentaires au sein de la dynamique de couple.

RÉFÉRENCES

Abraham, S. et Llewellyn-Jones, D. (1995). « Sexual and reproductive function in eating disorders and obesity », dans K.D. Brownell et C.G. Fairburn (dir.), *Eating Disorders and Obesity*, New York/Londres, Guilford, p. 281-286.

Abraham, S.F. (1985). « The psychosexual histories of young women with bulimia », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 19*, p. 72-76.

Aimé, A. et Bégin, C. (2007). « Modèle conceptuel du développement et du maintien des troubles des conduites alimentaires », *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, *7*, p. 1-13.

Aimé, A., Sabourin, S., Ratté, C. et Boivin, S. (2002). *La satisfaction conjugale des femmes souffrant de troubles des conduites alimentaires : Reflet transversal d'une réalité québécoise,* présentation orale, XXVe Congrès de la Société québécoise de recherche en psychologie (SQRP), Trois-Rivières, novembre.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.), Washington, American Psychiatric Association.

Criquillion-Doublet, S., Divac, S., Dardennes, R. et Guelfi, J.D. (1995). « Le "Eating Disorder Inventory" (EDI) », dans J.D. Guelfi, V. Gaillac et R. Dardennes (dir.), *Psychopathologie quantitative,* Paris, Masson, p. 249-260.

Crowther, J.H. et Sherwood, N.E. (1997). « Assessment », dans D.M. Garner et P.E. Garfinkel (dir.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders,* New York, Guilford, p. 34-49.

Dally, P. (1984). « Anorexia Tardive : Late Onset Marital Anorexia Nervosa », *Journal of Psychosomatic Research, 18*, p. 423-428.

Evans, L. et Wertheim, E.H. (1998). « Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety », *Journal of Psychosomatic Research, 44*, p. 355-365.

Fairburn, C.G. et Beglin, S.J. (1994). « Assessment of eating disorders : Interview or self-report questionnaire », *International Journal of Eating Disorders, 16*, p. 363-370.

Foster, S.W. (1986). « Marital treatment for eating disorders », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Marital Therapy,* New York, Guilford, p. 575-593.

Freeman, R.J., Beach, B., Davis, R. et Solyom, L. (1985). « The prediction of relapse in bulimia nervosa », *Journal of Psychiatric Research, 19*, p. 349-353.

Garner, D.M. et Garfinkel, P.E. (1979). « The Eating Attitudes Test : An index of the symptoms of anorexia nervosa », *Psychological Medicine, 9*, p. 273-279.

Garner, D.M. et Olmsted, M.P. (1984). *The Eating Disorder Inventory Manual,* Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Garner, D.M., Olmsted, M.P. et Polivy, J. (1983). « Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia », *International Journal of Eating Disorders, 2*, p. 15-24.

Gross, J., Rosen, C., Leitenberg, H. et Willmuth, M.E. (1986). « Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in bulimia nervosa », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, p. 875-876.

Heavey, A., Parker, Y., Vhat, A., Crisp, A.H. et Gowers, S.G. (1989). « Anorexia nervosa and marriage », *International Journal of Eating Disorders, 8*, 275-284.

Keller, M.B., Herzog, D.B., Lavori, P.W., Ott, I.L., Bradburn, I.S. et Mahoney, E.M. (1989). « High rates of chronicity and rapidity of relapse in patients with bulimia nervosa and depression », *Archives of General Psychiatry, 46*, p. 480-481.

Levine, P. (1988). « "Bulimic" couples : Dynamics and treatment », dans F. Kaslow (dir.), *Couples Therapy in a Family Context : Perspective and Retrospective,* Rockville, MD, Aspen, p. 89-103.

Lewis, L. et Le Grange, D. (1994). « The experience and impact of pregnancy in bulimia nervosa : A series of case studies », *European Eating Disorders Review, 2*, p. 93-104.

Mitchell, J.E. et Peterson, C.B. (2005). *Assessment of Eating Disorders,* New York, Guilford.

Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., Wilson, G.T. et Bauer, J. (2003). « Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa », *American Journal of Psychiatry, 160*, p. 2046-2049.

Pomerleau, G. (2001). *Anorexie et boulimie : Comprendre pour agir,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.

Root, M.P.P. (1995). « Conceptualization and treatment of eating disorders in couples », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy,* New York, Guilford, p. 437-470.

Stewart, D.E. (1992). « Reproductive functions in eating disorders », *Annals of Medicine, 24*, p. 287-291.

Striegel-Moore, R.H. et Cachelin, F.M. (1999). « Body image concerns and disordered eating in adolescent girls : Risk and protective factors », dans N.G. Johnson, M.C. Roberts et J. Worell (dir.), *Beyond Appearance : A New Look at Adolescent Girls,* Washington, American Psychological Association, p. 85-108.

Van den Broucke, S. et Vandereycken, W. (1988). « Anorexia and bulimia nervosa in married patients : A review », *Comprehensive Psychiatry, 29*, p. 165-173.

Van den Broucke, S., Vandereycken, W. et Norré, J. (1997). *Eating Disorders and Marital Relationships,* Londres, Routledge.

Van den Broucke, S., Vandereycken, W. et Vertommen, H. (1995). « Marital intimacy in patients with an eating disorder : A controlled self-report study », *British Journal of Clinical Psychology, 34*, p. 67-78.

Wiederman, M.W. et Pryor, T. (1997). « A comparison or ever-married and never-married women with anorexia nervosa or bulimia nervosa », *International Journal of Eating Disorders, 22*, p. 395-401.

Wilson, G.T. et Smith, D. (1989). « Assessment of bulimia nervosa : An evaluation of the Eating Disorder Examination », *International Journal of Eating Disorders, 8*, p. 173-179.

Woodside, D.B., Brandes, J.S., Lackstrom, J.B. et Shekter-Wolfson, L. (1998). « The eating disordered couple », dans J. Carlson et L. Sperry (dir.), *The Disordered Couple,* New York, Brunner/Mazel, p. 139-161.

Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L., Brandes, J.S. et Lackstrom, J.B. (1993). *Eating Disorders and Marriage : The Couple in Focus,* New York, Brunner/Mazel.

Yager, J., Rorty, M. et Rossotto, E. (1995). « Coping styles differ between recovered and non-recovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating disordered control subjects », *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*, p. 86-94.

CHAPITRE

12

INTERVENTION AUPRÈS DES COUPLES ALCOOLIQUES ET TOXICOMANES

Marianne Saint-Jacques et Louise Nadeau

Ce chapitre se consacre aux couples dont l'un des partenaires ou les deux sont aux prises avec une consommation inadaptée de substances psychoactives (SPA) et plus spécifiquement d'alcool. Les données des deux dernières décennies indiquent que les individus qui surconsomment des substances rapportent de nombreux problèmes relationnels et des insatisfactions conjugales significatives. Règle générale, au Québec comme ailleurs en Amérique du Nord, les couples dont l'un des partenaires présente un trouble lié aux SPA sont dirigés vers des ressources spécialisées en toxicomanie[1]. Toutefois, la thérapie conjugale

1. Le terme « toxicomanie » renvoie à un trouble lié à une SPA, soit toutes les drogues, incluant l'alcool. Dans ce texte, le terme « toxicomane » désigne, de manière générique, tous ceux et celles qui présentent un trouble lié à une SPA. Le terme « polytoxicomane » désigne toute personne qui présente un abus ou une dépendance à plus d'une substance.

auprès des conjoints aux prises avec cette problématique s'est avérée très efficace, voire plus efficace que la thérapie individuelle pour le conjoint toxicomane (Edwards et Steinglass, 1995 ; O'Farrell et Fals-Stewart, 2003).

Plusieurs thérapeutes ne sont pas conscients de l'importance que la consommation peut avoir sur l'efficacité du traitement ; d'autres se sentent incompétents pour y répondre. Un clinicien peut aider ses clients sans être un spécialiste en toxicomanie. Au terme de ce chapitre, nous espérons fournir des connaissances et des outils pour aider les thérapeutes non spécialisés en toxicomanie à intervenir efficacement au près de leurs clients aux prises avec la consommation.

Ce chapitre se divise en quatre sections. La première fait le point sur les données épidémiologiques. La seconde, théorique, décrit le tableau clinique du consommateur ainsi que les styles d'interactions spécifiques au couple toxicomane. La troisième, technique, répond aux deux questions suivantes : Comment évaluer la consommation et sa relation avec les problèmes conjugaux ? Quand faut-il aiguiller un client vers une ressource spécialisée ? La quatrième décrit les stratégies thérapeutiques les plus utiles et les écueils avec les couples dont l'un des partenaires est toxicomane.

Bien que ceux et celles qui consultent pour des problèmes liés à leur consommation soient le plus souvent des polytoxicomanes, ce chapitre se concentre surtout sur la surconsommation d'alcool parce que ce sont principalement les grands buveurs qui consultent en thérapie conjugale. Ce sont eux également qui ont retenu l'attention des cliniciens/chercheurs et c'est pour eux également que les thérapies spécialisées ont été développées. Le texte se référera donc principalement à la consommation inadaptée d'alcool, mais nous nous référerons aussi aux autres substances. Ces contenus peuvent aussi s'appliquer aux couples gais ou lesbiens.

1. LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1.1. La consommation de substances psychoactives au Canada

Il n'existe pas de seuil critique universel au-delà duquel une consommation devient problématique. Les effets des SPA varient d'une personne à l'autre. Cette imprécision rend difficile le travail du thérapeute qui tente de déterminer si la consommation pose problème pour un membre du couple. Voici donc les connaissances de base relatives à la consommation de SPA qui peuvent éclairer le clinicien dans sa pratique. Les données présentées sont canadiennes. Il faut penser que la consommation est plus élevée dans les pays européens francophones.

L'alcool est la substance la plus consommée au Canada. Au cours de l'année 2002, 77,1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus étaient des buveurs. La proportion d'hommes était plus élevée que celle des femmes (82 % versus 72,5 %) (Gravel, Connolly

et Bédard, 2004). Par ailleurs, la consommation modérée d'alcool a des effets bénéfiques pour la santé, notamment pour la réduction des risques de maladies coronariennes (Éduc'alcool, 2005). En règle générale, la santé des consommateurs modérés est meilleure que celle des abstinents ou des grands buveurs. Au Canada, pour éviter les conséquences néfastes et profiter des effets bénéfiques liés à la consommation, on recommande un maximum de deux consommations par jour pour les hommes et les femmes, et un maximum de neuf consommations par semaine pour les femmes et de 14 pour les hommes (CAMH, 2004). Ainsi, une consommation modérée d'alcool, même quotidienne, est acceptable si ces normes sont respectées. Par ailleurs, plusieurs personnes dépassent ces doses et ne présentent pas pour autant de problèmes liés à leur consommation : elles sont cependant plus à risque et devraient, idéalement, réduire leur consommation et la maintenir à l'intérieur des limites proposées. Ce sont les intoxications – soit la consommation de grandes quantités par occasion – qui entraînent les problèmes psychosociaux les plus fréquents : perte de productivité au travail, accidents d'automobile, violence conjugale, négligence, maltraitance des enfants. Il peut donc y avoir des problèmes nécessitant une attention de la part du thérapeute sans que le seuil clinique des critères du DSM ne soit atteint. À l'autre extrémité du spectre, 1,8 % de la population canadienne présente un diagnostic de dépendance à l'alcool au cours des 12 derniers mois (Kairouz, Nadeau et Lo Siou, 2005). Ici encore, les hommes sont surreprésentés (2,7 % versus 0,9 %) (Gravel *et al.*, 2004).

Le cannabis est l'autre substance privilégiée par les Canadiens. En 2002, 11,3 % de la population canadienne rapportaient avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Les hommes étaient à nouveau plus nombreux que les femmes (14,5 % versus 8,2 %). La consommation d'héroïne et de cocaïne demeurait marginale, avec moins de 1 % de la population qui déclare en consommer. Durant la même période, 0,8 % de la population présentait un diagnostic de dépendance aux drogues, toutes substances illicites confondues (12 derniers mois) (Gravel *et al.*, 2004). Ces taux de diagnostics peu élevés dans la population sont trompeurs parce que, lorsqu'il y a consommation problématique, la probabilité d'avoir des problèmes ou d'en développer augmente de telle sorte que ces couples grands consommateurs sont ceux-là mêmes qui sont les plus susceptibles d'aller chercher de l'aide (Dunne *et al.*, 1993 ; Horwitz et White, 1991 ; Magura et Shapiro, 1988). Ils sont donc surreprésentés parmi ceux qui consultent.

2. LA CONSOMMATION, LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET L'INSATISFACTION CONJUGALE

Cette deuxième section du texte décrit tout d'abord la détresse psychologique généralement associée à la consommation inadaptée d'alcool. Ensuite, nous abordons les diverses sphères de la vie conjugale habituellement affectées par la consommation problématique d'un conjoint.

2.1. Les effets neurotoxiques des substances

La relation entre la consommation de substances, d'une part, et la détresse ou l'insatisfaction conjugale, d'autre part, est alambiquée : est-ce la consommation qui cause la détresse psychologique et conjugale ou est-ce l'inverse ? Cette question de l'œuf ou la poule se pose pour chacun des problèmes individuels ou conjugaux rapportés par les clients qui présentent une consommation inadaptée, que ce soit relativement aux troubles mentaux concomitants, à leur sexualité, aux problèmes potentiels de violence conjugale ou aux difficultés dans la communication.

L'alcool et les autres drogues sont généralement consommés afin d'améliorer l'humeur. Or, les ensembles neuronaux qui sont les sites des dysfonctionnements responsables des troubles mentaux sont les mêmes à être ciblés à la fois par la médication psychotrope (antipsychotiques, antidépresseurs, etc.) et par l'alcool, les drogues illicites et le tabac. D'un point de vue physiologique, la consommation inadaptée affecte directement la stabilité de l'humeur dans la mesure où l'alcool et les drogues interfèrent dans les différentes étapes du traitement cérébral de l'information. *La quantité de produit nécessaire pour amener cette instabilité varie d'une personne à l'autre en raison des différences dans la vulnérabilité biologique des individus.* Par exemple, après une soirée où ils ont bu deux ou trois verres, certaines personnes ont de la difficulté à s'endormir ou se réveillent à plusieurs reprises au cours de la nuit ; d'autres, le lendemain, sont plus déprimées ou plus anxieuses que de coutume. Il arrive souvent que les gens qui ne sont ni alcooliques ni toxicomanes ne fassent pas le lien entre les effets perturbateurs des substances et un état mental moins stable. On peut n'être ni alcoolique ni toxicomane – c'est-à-dire ne pas répondre aux critères diagnostiques du DSM – *et* avoir une humeur altérée négativement par l'alcool ou le cannabis. Les quantités à partir desquelles apparaissent les problèmes de santé mentale associés à la prise de substances varient selon les personnes.

Pour tous ceux et celles qui présentent des troubles mentaux, la gravité et la durée des syndromes cliniques peuvent être affectées par la consommation. Autrement dit, quelqu'un pourrait présenter des symptômes dépressifs ou anxieux qui atteignent le seuil clinique mais dont la gravité et la durée seraient moindres si la personne avait un modèle de consommation adapté à son état mental. Un exemple en serait donné par une personne qui présente un diagnostic de dépression majeure concomitant à une surconsommation d'alcool. Les signes d'irritabilité, d'hypersomnie et d'apathie peuvent : 1) relever uniquement de la consommation ou 2) être la conséquence de la psychopathologie de l'individu ou de son couple *en interaction* avec les effets neurotoxiques des substances. Bien qu'il n'existe pas de chiffre magique qui conviendrait à tous, la plupart de ceux et celles qui ont des troubles mentaux voient leurs symptômes augmenter avec des quantités aussi petites que deux ou trois verres par occasion (Mueser, Drake et Wallach, 1998).

Lorsqu'il y a consommation inadaptée, l'efficacité de la thérapie est compromise. Une thérapie qui vise à réduire, par exemple, les troubles de l'humeur et l'anxiété ne sera pas efficace avec un ou des clients dont la stabilité mentale est perturbée par leur consommation de substances (Santé Canada, 2002). Le thérapeute et les clients doivent se demander si, éthiquement, ils doivent poursuivre un travail clinique dont l'efficacité est limitée par une consommation inadaptée de substances s'ils ne sont pas prêts à intégrer la réduction de la consommation comme objectif de traitement.

2.2. Les troubles mentaux concomitants

La toxicomanie survient rarement seule. Les personnes présentant des troubles liés aux SPA présentent fréquemment un autre trouble à l'axe I ou à l'axe II qui n'est pas la conséquence des effets neurotoxiques des substances, bien que ces troubles soient aggravés par la consommation. De fait, chez les personnes qui consultent pour troubles liés aux substances, les troubles concomitants sont la règle plutôt que l'exception (Penick, 1990 ; Santé Canada, 2002). Cette comorbidité complexifie le tableau clinique et rend la thérapie conjugale plus difficile (McCrady et Epstein, 1995, 1996). Les troubles concomitants les plus fréquents chez les personnes ayant un diagnostic de trouble lié aux SPA sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux de même que le trouble de la personnalité antisociale.

Les troubles de l'humeur et d'anxiété sont présents chez 23 % à 60 % des hommes et 35 % à 67 % des femmes alcooliques (Ross *et al.*, 1988). Ces clients recherchent souvent le soulagement immédiat de leurs symptômes dépressifs et anxieux, la consommation permettant à court terme d'atténuer ces symptômes, de les « geler », comme on dit dans le jargon de la drogue. Au long cours cependant, le consommateur est pris dans une spirale de renforcements négatifs : plus il consomme, plus il déprime, et plus il déprime, plus il consomme pour traiter sa détresse psychologique croissante. Cette stratégie d'automédication s'applique aux couples dysfonctionnels. Quant aux troubles de la personnalité antisociale, de 23 % à 53 % des hommes alcooliques en présentent (Morgenstern, Langenbucher et Labouvie, 1994 ; Ross *et al.*, 1988), selon les études. Les rechutes sont souvent impulsives bien qu'elles cachent également une détresse psychologique comparable à celle décrite précédemment, mais cette détresse est plus difficile d'accès pour le thérapeute à cause de l'arrogance, de l'impulsivité et/ou du manque d'*insight* de plusieurs de ces clients. Nous y reviendrons plus loin.

2.3. La négligence et les agressions dans l'enfance

Plusieurs clients toxicomanes qui présentent des troubles mentaux concomitants ont vécu des traumatismes importants dans l'enfance (Clément et Tourigny, 1999). Ces traumatismes, notamment lorsqu'ils s'accompagnent de pauvreté (Lamarche et Nadeau, 2000), sont très souvent accompagnés de troubles de la personnalité. Le cycle

d'automédication, même une fois arrêté, laisse souvent place à un tableau clinique d'inadaptation grave et persistante (Bertrand et Nadeau, 2006). Ces clients s'engagent difficilement dans un processus de changement, ont du mal à établir une alliance avec le thérapeute et quittent prématurément le traitement (Santé Canada, 2002). Ils trouvent difficile de maintenir des relations conjugales ou de garder un emploi. La décision de modifier la consommation s'accompagne très souvent de nombreuses rechutes qui constituent en fait un cumul d'expériences menant éventuellement à un succès, bien que ce succès ne soit jamais définitif. S'ils se présentent en thérapie conjugale, des auteurs d'expérience estiment qu'ils bénéficieront peu de ce type d'intervention. Par ailleurs, si ces clients veulent tout de même travailler en couple, le thérapeute devra s'attendre à une faible résistance au stress, à des capacités d'introspection assez limitées et à une difficulté à prendre conscience des effets de leur comportement sur le conjoint en raison de la perspective égosyntonique[2] qu'ils adoptent. De tels cas nécessitent l'action concertée de plusieurs ressources et un plan de traitement au long cours. Le thérapeute doit donc relever les défis de la continuité et de l'intégration des services qui en découlent (Mueser, Noordsy, Drake et Fox, 2003).

2.4. Tableau clinique du couple dont la consommation est inadaptée

Le type de problèmes rapportés par les couples dont l'un des membres ou les deux consomment de manière inadaptée sont nombreux et ils peuvent parfois conduire à la violence ou à la séparation. Par ailleurs, les conflits conjugaux autour de la consommation peuvent aussi être associés à une augmentation de la consommation, voire à l'émergence d'une consommation problématique chez les gens vulnérables. Enfin, les conflits conjugaux graves sont une cause importante de la rechute pour ceux et celles qui sont en rémission. En bref, les problèmes de consommation sont associés à une augmentation des difficultés conjugales qui, à leur tour, viennent exacerber la consommation inadaptée. Comme pour les troubles mentaux, il existe un lien bidirectionnel, voire une circularité, entre la satisfaction conjugale et la consommation. Si l'état actuel des connaissances ne permet pas de conclure à un lien de causalité entre la détresse conjugale et la consommation, la majorité des modèles d'intervention auprès des couples alcooliques a été établie sur la présomption d'une relation bidirectionnelle entre la consommation et le fonctionnement relationnel (Epstein et McCrady, 2002). C'est la position clinique la plus valide et la plus utile. Dans cette section, nous allons décrire les styles d'interaction les plus caractéristiques des couples qui consultent, soit la satisfaction conjugale des couples qui surconsomment, leurs problèmes de communication et de résolution des problèmes, leur sexualité et le risque de violence conjugale.

2. Il faut entendre que leurs idées, impulsions ou comportements semblent compatibles avec leurs normes personnelles, ou leur moi, selon l'école à laquelle on se réfère (Hinsie et Campbell, 1976).

A. Mode de consommation et satisfaction conjugale

Le mode de consommation (*drinking pattern*, en anglais) a des effets différentiels sur la vie d'un couple. Règle générale, le clinicien doit savoir que c'est l'asymétrie dans le mode consommation qui engendre le plus de problèmes, tant chez les couples de la population en général que chez les couples alcooliques. S'il y a concordance entre les modes de consommation des conjoints – c'est-à-dire s'ils consomment ensemble, à la maison –, les deux partenaires rapportent alors moins de conflits et d'insatisfactions conjugales que les couples dont les modèles sont discordants (Leonard et Jacob, 1997). Lorsque ces couples consultent, ce n'est généralement pas en raison de difficultés liées à la consommation.

Règle générale, ce sont les couples discordants au plan de leurs habitudes de consommation qui sont insatisfaits conjugalement et qui consultent pour ces raisons. Par exemple, un conjoint consomme de très grandes quantités d'alcool de façon épisodique (*binge drinking*) ou consomme à l'extérieur du foyer. Ce sont donc ces deux derniers modes de consommation qui dérangent le plus l'entourage, qui risquent d'entraîner des conflits et d'amener une consultation en thérapie conjugale. Dans de tels cas, la consommation devient souvent le centre de la majorité des interactions négatives entre les partenaires. Le développement de stratégies plus efficaces pour réduire les conflits et pour améliorer la qualité de la vie de couple devrait faire partie du plan de traitement (voir la section 4).

Lorsque les buveurs adoptent un mode de grande consommation régulière (*steady drinking*), leurs conjointes se disent satisfaites au plan conjugal et leur détresse est faible (Jacob, Dunn et Leonard, 1983). Il est possible que le conjoint et l'entourage du grand buveur aient appris depuis longtemps à s'adapter aux conséquences de sa consommation. La consommation est alors un principe organisateur de la vie du couple et de la famille ; elle est imbriquée dans le quotidien et dérange moins, bien que cette adaptation à l'inadaptation ne soit pas sans impacts négatifs sur la qualité de vie du couple et de la famille (Steinglass, 1999).

B. Communication et résolution de problèmes

En ce qui a trait à la communication dans le couple, le travail du thérapeute consiste notamment à évaluer la communication du couple dans les deux états de sobriété et d'intoxication afin de comparer la communication tel qu'il l'observe en séance, lorsque les conjoints sont sobres, aux descriptions qu'offre le couple de leur mode de communication entre les rencontres lorsqu'ils sont intoxiqués.

La consommation n'a pas que des effets négatifs et peut même avoir une fonction adaptative pour les couples alcooliques (Steinglass, 1992). Pour certains couples, la consommation permet une communication positive et l'intimité nécessaires au bon fonctionnement et au maintien du couple (Jacob et Leonard, 1988). De même, la capacité

à résoudre des problèmes conjugaux semble augmenter chez certains hommes alcooliques lorsqu'ils ont consommé. La consommation peut donc améliorer l'intimité et la communication chez certains couples, bien que cette hypothèse n'ait pas reçu de véritable confirmation empirique (Jacob *et al.*, 2001).

Les interactions conjugales des couples dont la consommation est épisodique plutôt que chronique et de ceux dont les modes de consommation sont discordants sont plus affectées par la consommation (Epstein et McCrady, 2002). On a constaté, dans la plupart des couples où l'homme est alcoolique, que la communication de ce dernier devient plus négative (critiques, blâmes) lorsqu'il a bu que lorsqu'il est sobre (Jacob *et al.*, 2001). À cela s'ajoute, chez plusieurs de ces hommes, un style de communication caractérisé par la négation de leurs responsabilités dans les problèmes maritaux. Bien qu'il y ait un lien entre le mode de consommation et la communication négative entre conjoints, les traits antisociaux qui sont davantage présents chez les buveurs épisodiques que chez les buveurs chroniques expliquent le mieux ces problèmes de communication (Jacob *et al.*, 2001). Le thérapeute doit alors composer avec un client susceptible de mentir, de manipuler et dont les motivations au changement sont égocentriques. Les cas plus lourds ne ressentent pas de culpabilité et le travail clinique devient difficile. Ces cas consultent presque uniquement parce qu'il y a contrainte extérieure, que la conjointe est partie ou menace de le faire (et qu'ils ont foi dans sa menace), ou que la justice exige un traitement. Avec de tels cas, il faut travailler avec les motivations narcissiques qui sont existantes dans le cadre d'une entrevue motivationnelle (voir la section 4).

C. Sexualité

La prise d'alcool engendre très souvent des problèmes sexuels. La documentation scientifique fait état de dysfonctions sexuelles à la fois chez les individus de la population générale (Wilsnack, Vogeltanz, Klassen et Harris, 1997) et chez les couples alcooliques en traitement (Blume, 1992). Les grands buveurs de la population générale, ceux qui consomment régulièrement de grandes quantités d'alcool (*chronic heavy drinking*) et les toxicomanes présentent : une prévalence élevée de dysfonctions sexuelles – troubles érectiles, éjaculation précoce ou troubles orgasmiques ; une faible libido et une diminution de la fréquence des rapports sexuels ; de l'insatisfactions et des conflits liés à la sexualité ; des problèmes de fertilité et des problèmes obstétriques ; un taux élevé de maladies transmissibles sexuellement, tels le sida ou les hépatites.

De fait, les attentes des conjoints quant aux effets positifs des SPA sur leur sexualité influencent les interactions sexuelles. Certains couples en viennent à croire que les SPA sont une condition *sine qua non* pour avoir des relations sexuelles satisfaisantes (George et Stoner, 2000). Par exemple, les femmes qui ont des attentes positives quant aux effets de l'alcool sur leur sexualité, malgré les preuves du contraire, évitent fréquemment les rapports sexuels lors des périodes d'abstinence ou de sobriété (Blume,

1992). *A contrario*, un patient alcoolique abstinent qui n'avait jamais eu de rapports sexuels sans avoir bu a fait une rechute pour se donner du courage d'aller « draguer » dans les bars. Par ailleurs, et c'est le paradoxe, à cause des mêmes effets dépresseurs de l'alcool sur le SNC, l'alcool, les opiacés et plusieurs médicaments psychotropes (les benzodiazépines, les antidépresseurs) inhibent les réponses physiologiques d'excitation sexuelle et les fonctions orgasmiques chez les hommes et les femmes. Après avoir constaté les effets délétères des substances sur la performance sexuelle, plusieurs en viennent à éviter toute intimité sexuelle après avoir consommé ou consomment jusqu'à la somnolence pour ne pas avoir à répondre aux avances du conjoint. Le travail clinique consistera à la fois : 1) à rappeler les effets neurotoxiques de l'alcool sur les centres d'excitation sexuelle ; 2) à faire une restructuration cognitive sur les effets d'attente de l'alcool ; 3) à développer les habiletés relatives à la séduction et à l'intimité sexuelle (voir le chapitre 7). Nous y reviendrons à la section 4.

Finalement, bien que la thérapie conjugale ait des effets positifs sur la qualité et la fréquence des rapports sexuels chez les couples alcooliques, il semble que cette dimension du fonctionnement conjugal soit l'une des dernières à être modifiées et pourrait n'apparaître que plus tard dans la thérapie ou même après la fin de la thérapie.

La prise de risque lors des épisodes d'intoxication à n'importe quelle substance explique en partie les taux élevés de MTS et de sida chez les toxicomanes (Nadeau, Truchon et Biron, 2000). Dans de tels cas, le clinicien devra poser des questions délicates dont les réponses ont un effet déterminant pour la santé des deux conjoints, la relation conjugale et le traitement. En ce qui concerne les MTS et le sida, en cas de doute, il faut recommander un bilan de santé à ses clients. Si les clients ont peur d'un éventuel diagnostic et préfèrent rester dans l'ignorance, il est utile de travailler cette résistance en thérapie, rappelant les progrès des traitements antiviraux actuels et l'importance d'une intervention précoce pour l'efficacité de la pharmacothérapie. Le risque d'une contamination éventuelle du conjoint devra aussi être évoqué dans le travail avec les deux conjoints.

D. Violence conjugale

Les couples où l'un des deux conjoints souffre de troubles liés aux SPA présentent un potentiel important de violence conjugale, physique comme verbale, chez les deux conjoints. Ainsi, dans les échantillons cliniques, de 40 % à 75 % des couples rapportent qu'au moins un des deux conjoints a eu des comportements impliquant de la violence physique au cours de la dernière année (Saint-Jacques *et al.*, 2006). La violence n'est pas toujours dirigée à l'endroit du conjoint non alcoolique ; elle peut l'être aussi à l'endroit du conjoint alcoolique. De même, les enfants ayant un ou des parents présentant des troubles liés aux SPA sont plus à risque de vivre de la négligence parentale ou d'être victimes de mauvais traitements physiques (Kim, 2000). Néanmoins, il ne faut pas

négliger la possibilité que ces derniers puissent être physiquement violents envers leurs parents (Pagani *et al*., 2004), par exemple en exprimant physiquement leur colère envers le parent qui consomme. Le thérapeute doit donc examiner la possibilité de violence commise par tous les membres de la famille envers chacun de ceux-ci.

Le clinicien doit savoir que les épisodes de violence physique sont plus susceptibles de se produire les jours de consommation, et plus particulièrement lors d'intoxications aiguës, que les jours de sobriété (Caetano, Nelson et Cunradi, 2001). Le potentiel de violence et la gravité des blessures augmentent lorsque les deux conjoints sont intoxiqués. La présence de violence physique est souvent un critère d'exclusion de la thérapie conjugale (voir le chapitre 9) . Il est pourtant possible de continuer la démarche en thérapie conjugale avec de tels couples si certaines conditions sont respectées. O'Farrell (1986) ainsi qu'Epstein et McCrady (2002) suggèrent la procédure suivante. Le thérapeute conjugal peut entreprendre le processus avec le couple si le conjoint alcoolique est motivé à arrêter sa consommation, si la violence ne se produit que lors des journées de consommation et si le conjoint non violent n'a pas peur que son conjoint se venge après avoir discuté de certains sujets en thérapie.

Par contre, si le conjoint alcoolique n'est pas prêt à arrêter de consommer, si la violence se produit séparément de la consommation ou que le conjoint non abusif est inquiet pour sa sécurité, alors la thérapie conjointe centrée sur la consommation est contre-indiquée (Epstein et McCrady, 2002). Il sera préférable pour le couple que les deux conjoints reçoivent de l'aide en thérapie individuelle pour leurs problèmes de violence (voir le chapitre 9). Le conjoint toxicomane devrait recevoir de l'aide à la fois pour ses problèmes de consommation et de violence, *qu'il soit la victime ou l'agresseur*. Si le thérapeute détermine que les épisodes de violence ne se produisent que lors d'intoxications, alors la diminution de la consommation devrait réduire, sinon éliminer les interactions potentiellement violentes.

3. L'ÉVALUATION DU CONSOMMATEUR ET DE SON CONJOINT

Le thérapeute est confronté à plusieurs scénarios différents quant à la consommation des couples. Il doit déterminer si une consommation problématique est présente, lequel des partenaires inclure dans la thérapie et quel traitement est à privilégier pour chaque couple. Afin d'équiper le thérapeute à répondre à ces questions, nous présentons dans cette section du chapitre les divers motifs de consultation liés à la consommation des couples, les techniques d'évaluation de la consommation problématique ainsi que des balises guidant les choix thérapeutiques les plus appropriés aux divers problèmes de consommation.

3.1. Les divers motifs de consultation : plusieurs scénarios possibles

A. Quel est le problème ?

Dans un couple, les problèmes causés par la consommation d'alcool ou de drogues d'un conjoint peuvent varier grandement en gravité, allant de simples conflits quant à ce qui constitue une consommation adéquate jusqu'à des problèmes qui mettent en danger la vie de l'un ou l'autre des conjoints. Les individus et les couples qui se présentent en thérapie font généralement des demandes d'aide : 1) pour un problème de consommation, 2) pour un autre trouble à l'axe I, tel un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur ou 3) pour des problèmes relationnels. Ils peuvent également présenter des troubles à l'axe II dont le thérapeute devra tenir compte. Lorsque les clients font une demande d'aide pour des problèmes autres que la consommation, ils n'aborderont pas nécessairement cette question même lorsque la consommation affecte la qualité de leur relation.

Le thérapeute doit poser des questions quant à la consommation de substances et évaluer si ces modèles de consommation sont associés aux problèmes que présente le client. Il le fera au même titre qu'il investiguerait les idéations ou les scénarios suicidaires. Par ailleurs, poser une question ne veut pas dire que tous les clients y répondent. La stigmatisation liée à la surconsommation de substances rend les gens honteux et ne facilite pas le dévoilement pour les clients. De plus, les clients qui ont déjà été en thérapie savent que les toxicomanes sont souvent exclus des services de santé mentale tant qu'ils n'auront pas modifié leur consommation inadéquate (Alarie, 2001, dans Santé Canada, 2002). De nombreux clients hésitent donc à ouvrir cette boîte de Pandore et évitent le sujet.

Lorsque le thérapeute observe un problème de consommation, il évalue également la présence de troubles concomitants et l'état de la relation conjugale. Si un des membres du couple présente un ou des troubles mentaux, la consommation inadaptée de substances peut être partie prenante des diagnostics présentés. Or, tant qu'un client consomme de manière inadaptée, il est impossible pour le clinicien de dégager ce qui, dans le tableau clinique, relève des effets neurotoxiques des substances et ce qui constitue des symptômes primaires (Roberts et McCrady, 2003). Si les clients ne reconnaissent pas qu'ils présentent des difficultés liées à la consommation, il faut chercher à motiver ces clients à changer leurs habitudes de consommation (O'Farrell et Rotunda, 1997). Les approches motivationnelles se sont avérées très efficaces pour aider les clients résistants, hostiles ou en colère (Miller *et al*., 1999) et il en sera question à la section 4.

B. Qui demande de l'aide ?

Il n'est pas rare qu'un seul des deux conjoints demande de l'aide. Se pose alors la question de la manière dont il faut intervenir. Même si les deux conjoints font une demande d'aide, le thérapeute doit également se demander s'il est utile de s'engager dans une thérapie conjugale.

Le conjoint alcoolique

Lorsqu'un toxicomane qui a un conjoint se présente en thérapie, le clinicien devrait se questionner quant à l'opportunité d'intégrer le conjoint et même le reste de la famille dans le processus thérapeutique. Les études sur l'efficacité des thérapies auprès de couples alcooliques indiquent que les thérapies qui intègrent les conjoints sont plus efficaces que celles n'incluant pas le conjoint non alcoolique, particulièrement en ce qui a trait à la réduction de la consommation (O'Farrell et Fals-Stewart, 2003). Nous discuterons ultérieurement des contre-indications de la thérapie conjugale auprès des couples toxicomanes. Mais, en règle générale, lorsque les deux conjoints sont prêts à participer au processus de changement et à remettre en question certains aspects de la dynamique conjugale et familiale, il est alors indiqué d'inclure le conjoint dans le traitement.

Il n'est pas rare que l'autre conjoint ne désire pas participer à la thérapie. Il est possible d'entreprendre la thérapie avec le conjoint alcoolique et d'inclure l'autre conjoint plus tard, s'il le désire. Le thérapeute et les conjoints pourront établir ensemble quel type d'engagement aura le conjoint non toxicomane dans la thérapie, quel rôle ce dernier jouera et s'il sera présent à toutes les rencontres ou seulement lorsque certains thèmes seront abordés. Ces décisions doivent être prises d'un commun accord entre les conjoints et dépendra aussi des préférences du thérapeute.

Le conjoint non alcoolique

Plusieurs conjoints non alcooliques font une demande d'aide pour eux-mêmes et pour leur partenaire alcoolique ou toxicomane, généralement résistant à entrer en thérapie. Bien que le discours des proches ait souvent pour objet l'aide dont a besoin celui ou celle qui consomme, il est utile de rappeler aux proches que ce sont eux qui, de fait, ont le plus besoin d'aide parce qu'ils n'ont pas les substances pour se protéger. Il est également utile de leur rappeler que leur comportement, bien involontairement, a souvent pour conséquence de renforcer et de maintenir celui ou celle qui a une consommation inadaptée. En effet, dans un effort de changer la consommation de leur conjoint, il arrive souvent que les conjointes prêtent involontairement attention et s'occupent principalement des comportements de consommation tout en ignorant les comportements non alcooliques positifs (O'Farrell, 1986). De plus, elles profitent des périodes de sobriété pour reprocher au conjoint alcoolique les périodes d'intoxication et les problèmes liés à sa consommation. Or, parce qu'elles rendent désagréables les périodes de non-consommation et plus agréables les moments d'ébriété, ces interactions favorisent le maintien de la consommation du conjoint alcoolique. Le travail fait auprès du conjoint non toxicomane sera sensiblement le même que celui du couple, hormis les interventions qui sont explicitement dirigées vers le toxicomane. Le lecteur peut donc se référer à la section 4 afin d'élaborer un plan de traitement adéquat à ce type de clients.

Le couple fait une demande d'aide conjointe

L'implication du conjoint dans le processus thérapeutique est préférable à la thérapie individuelle. Le consommateur est plus susceptible d'entrer en traitement et de réduire sa consommation ou d'atteindre l'abstinence si sa conjointe s'engage avec lui dans une thérapie conjugale centrée sur la consommation que si le buveur fait une thérapie individuelle pour ses problèmes de consommation (Edwards, O'Farrell et Fals-Stewart, 2003). De plus, la thérapie de couple centrée sur les SPA est plus efficace que les thérapies individuelles pour améliorer la satisfaction conjugale des deux partenaires et pour diminuer les risques de séparation et de divorce (O'Farrell et Fals-Stewart, 2003). Par ailleurs, les progrès sont meilleurs lorsque, au préalable ou simultanément à la thérapie conjugale, tous les participants qui surconsomment ont été suivis en thérapie individuelle. La thérapie conjugale aborde des aspects de la consommation qui ne sont pas couverts dans la thérapie individuelle.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises quant à la supériorité de la thérapie conjugale dans le traitement des couples alcooliques par rapport aux thérapies individuelles. Premièrement, les thérapies conjugales permettent d'identifier certaines interactions entre les partenaires qui agissent soit comme stresseurs antécédents à la surconsommation soit comme conséquences de celle-ci. Ces interactions renforcent le grand buveur, le plus souvent à l'insu des deux conjoints. Elles sont parfois difficiles à évaluer lorsqu'un seul des conjoints est en thérapie. Deuxièmement, le conjoint abstinent est le plus souvent intégré à la thérapie conjugale dans une optique de collaboration entre les conjoints. Ainsi, le couple fait face ensemble au problème de surconsommation, souvent pour la première fois. Vaincre la surconsommation devient un objectif commun plutôt qu'un objet de confrontation. Lorsque les conjoints acceptent de s'entraider, le grand buveur peut alors faire appel à son conjoint lorsque les envies de consommer sont fortes, diminuant ainsi les chances de rechutes. Il n'est pas rare de voir la satisfaction conjugale augmenter lorsque les conjoints arrivent à éviter une rechute. Troisièmement, le changement de cible dans les interactions, de la pathologie d'un conjoint à un problème conjugal, permet une redistribution des pouvoirs et des changements de rôles dans le couple. Dans notre expérience, ceci permet aussi aux deux conjoints une prise de contrôle d'une situation qui semblait souvent sans issue et où chacun se sentait impuissant.

Par ailleurs, il n'est pas toujours recommandé de garder les deux conjoints en thérapie et le thérapeute doit connaître les contre-indications. Voici les situations où il est préférable de travailler avec un seul conjoint : lorsque le couple a vécu de la violence conjugale très grave ; lorsqu'un mandat d'ordonnance restrictive a été émis ; lorsqu'il est impossible de contenir la violence physique et que le conjoint refuse d'être abstinent (O'Farrell et Fals-Stewart, 1999) ; lorsque les individus présentent des psychopathologies graves en concomitance avec des troubles liés aux SPA, notamment des traits de sociopathie ou un trouble de la personnalité antisociale.

Certaines caractéristiques individuelles rendent les alcooliques plus susceptibles de bénéficier d'une thérapie individuelle que conjugale : ceux ayant un bas niveau d'autonomie personnelle (McKay *et al*., 1993) ainsi que ceux qui sont faiblement engagés dans leur réseau social *et* qui ont un réseau social ou relationnel peu soutenant relativement à l'abstinence. Par contre, ceux qui sont attachés à leur réseau social et dont le réseau soutient l'abstinence bénéficient davantage d'une thérapie conjugale (Longabaugh *et al*., 1995).

3.2. L'évaluation

L'évaluation du couple devrait inclure, en plus de tous les aspects usuels de l'évaluation individuelle et conjugale (voir le chapitre 2), des questions relatives à l'utilisation de SPA par chacun des conjoints. Toute forme de consommation devrait retenir l'attention du clinicien et mener à un dépistage afin de déterminer si le profil de consommation est modéré ou si le client présente un profil de consommation à risque ou problématique. Pour ce faire, le thérapeute doit placer les problèmes de consommation sur un continuum, selon leur gravité. En ordre croissant, on retrouve : 1) la consommation à risque, soit un problème léger ; 2) la consommation problématique qui constitue un problème de léger à modéré ; 3) au DSM-IV, le diagnostic d'abus de SPA, qui est un problème de modéré à grave autour d'intoxications répétées ; 4) le diagnostic de dépendance au DSM-IV, un problème grave où la vie est structurée autour de la consommation (Roberts et McCrady, 2003).

Dans cette section du chapitre, nous expliquons les étapes de l'évaluation de la consommation des conjoints : 1) le dépistage ; 2) le diagnostic ; 3) l'analyse fonctionnelle des conséquences associées à la consommation dans le couple ; 4) le bilan de l'évaluation et le plan de traitement.

A. Les outils de dépistage

Les questionnaires

La première étape de l'évaluation consiste à procéder à un dépistage de la consommation afin d'établir si la consommation des conjoints engendre des conséquences négatives. Les outils de dépistage sont conçus pour détecter le plus grand nombre de personnes à risque de présenter une consommation problématique. Ces questionnaires sont rapides à administrer, du domaine public, valides et fiables. Le thérapeute devrait administrer ces questionnaires aux deux conjoints, en répondant aux questions concernant leur consommation et celle de leur conjoint (Roberts et McCrady, 2003). L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT ; Babor, De La Fuente, Saunders et Grant, 1992) comprend 11 questions[3]. Un résultat de 8 et plus est un indicateur important d'une

3. L'AUDIT se trouve sur la Toile dans plusieurs sites.

consommation problématique. C'est celui que nous recommandons en premier lieu[4]. Le Michigan Alcohol Screening Test (MAST ; Selzer, 1971) évalue les conséquences néfastes liées à la consommation de SPA. Ce questionnaire est le plus long ; il comprend 25 questions et un résultat de 5 et plus suggère des problèmes importants de consommation (Selzer, 1971). Ces questionnaires génèrent un certain nombre de faux positifs. Si le dépistage est positif, il faut corroborer les informations auprès du conjoint et poursuivre l'évaluation selon la démarche qui suit. Par ailleurs, si un individu reconnaît lui-même un problème de consommation, alors le thérapeute peut omettre les questionnaires de dépistage afin de s'enquérir directement de la consommation problématique (Roberts et McCrady, 2003).

Les modèles de consommation

L'une des méthodes simples et efficaces pour évaluer les modèles de consommation est de préparer une grille du type calendrier hebdomadaire. On demande au client d'indiquer, à chaque jour, quel produit, à quel moment (inclure dans la grille les moments de la journée, soit matin, midi, après-midi, souper et soirée) et quelle quantité a été consommée et de préciser, pour les drogues, le mode d'administration – inhalation, ingestion par la bouche, fumée ou injection. Il faut spécifier s'il s'agit ou non d'une semaine typique. Si la dernière semaine est atypique, on doit répéter l'exercice pour une semaine typique. Il faut rappeler que les grands consommateurs peuvent prendre de grandes quantités, telles qu'une ou deux bouteilles de vin par repas, 12 à 24 bières en soirée ou une bouteille de spiritueux dans une journée et/ou fumer un joint aux heures. Si on suggère des quantités pour aider le client à remplir le tableau de la semaine, on doit commencer par de grandes quantités. Il faut être vigilant à ne pas proposer une norme qui mènerait un client à ne pas révéler l'ampleur de sa consommation.

Les signes potentiels de la consommation problématique sont la prise de grandes quantités par occasion, telle cinq consommations et plus, la consommation concomitante de plusieurs substances, incluant des médicaments prescrits tels les benzodiazépines. Les consommations rituelles à des moments spécifiques du jour ou de la semaine de quantités dépassant la norme santé donnent au clinicien une indication de la fonction de la consommation dans la vie de son client. Nous pensons à certains clients qui consomment systématiquement avant de rentrer à la maison, signalant des difficultés dans la transition travail/maison.

4. Pour le dépistage de la consommation de drogues licites et illicites, nous suggérons le Drug Abuse Screening Test (DAST ; Skinner, 1982).

L'histoire personnelle de consommation

Le thérapeute doit investiguer l'histoire passée de consommation pour chaque conjoint : quantités par occasion, fréquence et moments de consommation – et les démarches d'aide précédentes.

La toxicomanie familiale

Le thérapeute s'informe également de la présence de la toxicomanie ou de l'alcoolisme dans la famille d'origine de chacun des conjoints. Cette question devrait faire partie des questions initiales au même titre que celles concernant les tentatives de suicide ou les hospitalisations pour les grandes pathologies mentales dans la famille immédiate. Un résultat positif signale une vulnérabilité potentielle du client soit en raison d'une vulnérabilité biologique, soit en raison de l'exemple de consommation excessive, ou une interaction des deux.

B. Diagnostic de troubles liés aux SPA

Si la consommation semble problématique, il faut examiner la possibilité d'un diagnostic de trouble lié à une ou des substances. Cette étape de l'évaluation permet de juger de la gravité du problème de consommation identifié lors du dépistage et de guider le choix du thérapeute quant au traitement le mieux approprié pour le couple. À l'aide des critères diagnostiques d'abus ou de dépendance aux SPA du DSM-IV, le thérapeute est en mesure de juger si la consommation pose des problèmes significatifs dans la vie du client.

C. Analyse fonctionnelle

Peu importe l'approche théorique du thérapeute conjugal, ce dernier doit évaluer les séquences interactionnelles et comportementales entourant et maintenant la consommation des couples qui présentent une consommation problématique de SPA.

Approche cognitive-comportementale

Les thérapeutes cognitifs-comportementaux profitent des entrevues conjointes pour procéder à une analyse fonctionnelle de la consommation du couple. Cette analyse permet d'identifier les événements et situations qui précèdent et/ou précipitent la consommation. On veut aussi évaluer les conséquences positives et négatives qui renforcent la consommation. En identifiant ces composantes interactives du fonctionnement des deux conjoints, le thérapeute met en lumière leur apport respectif au maintien du problème, ce qui évite de faire du consommateur problématique le patient identifié de la thérapie. Le thérapeute évalue également les pertes possibles associées à l'abstinence et/ou si chacun des conjoints est prêt à changer. Le lecteur retrouvera l'information nécessaire à l'analyse fonctionnelle de la consommation du couple à la section 4.

Approche systémique

Les thérapeutes d'approche systémique (Steinglass, 1992 ; Wetchler *et al*., 1993) évaluent en plus les routines quotidiennes et les rituels (Noël, les vacances, les mariages ou les décès, l'heure du souper, etc.). Ils cherchent à établir comment le couple et la famille se sont adaptés à la consommation et identifient la trajectoire développementale de ces systèmes. Ils s'attardent aux cycles de vie du couple et à la fonction de la consommation dans les diverses étapes développementales, tels que le développement de l'intimité ou le processus d'individuation dans le couple (Krestan et Bepko, 1988).

De plus, s'il y avait de l'alcoolisme ou de la toxicomanie dans la famille d'origine, il est utile de déterminer jusqu'à quel point et comment les comportements de consommation sont imbriqués dans les relations familiales et conjugales antérieures au couple actuel (Wetchler *et al*., 1993). Le clinicien peut commencer en posant les questions suivantes : « Arrivait-il que les gens consomment dans vos familles d'origine ? Si oui, les autres membres de la famille jugeaient-ils cette consommation problématique ? De qui est-il question ? Comment la consommation dérangeait-elle la famille ou la vie de cet individu ? » Ces informations permettent d'établir comment les comportements de consommation sont devenus le principe organisateur principal du fonctionnement de l'alcoolique et de son entourage (Steinglass, 1999). Cette évaluation offre aussi des informations importantes quant aux apprentissages faits par les membres du couple actuel dans leur famille d'origine et quant aux valeurs et normes de consommation qui ont été apprises historiquement. L'évaluation des systèmes multigénérationnels permet parfois d'éclairer certaines résistances au changement (Wetchler *et al*., 1993). Par exemple, un client issu d'une famille dans laquelle les parents et la fratrie surconsommaient depuis plusieurs générations était réticent au changement de crainte de trahir sa famille d'origine s'il était abstinent tout en sachant qu'il causait du tort à sa conjointe en maintenant sa consommation. Ces conflits de loyauté sont fréquents dans la clinique des addictions.

L'évaluation des interactions conjugales liées à la consommation couvre également les quatre sphères du tableau clinique du toxicomane présentées à la section 1 du chapitre : les habiletés de communication et de résolution de problèmes, la sexualité, le potentiel de violence et la présence de troubles mentaux concomitants.

D. Balises pour le thérapeute : un choix pour l'intervention

À la lumière de son évaluation, le thérapeute peut reconsidérer sa décision de garder ou non les conjoints en thérapie. Plusieurs modalités d'intervention s'offrent au thérapeute : 1) entreprendre une thérapie conjugale intégrant les objectifs de diminution de la consommation et du maintien de la réduction ; 2) entreprendre une thérapie de couple et orienter le buveur en thérapie individuelle séquentielle ou parallèle à la thérapie conjugale ; 3) ne pas entreprendre de thérapie de couple et diriger l'individu présentant les troubles liés aux SPA à une ressource spécialisée.

Nous reprenons, sous la forme d'un arbre décisionnel, les éléments du tableau clinique et de l'évaluation qui permettront au thérapeute de choisir l'une de ces trois modalités de traitement. Pour ce faire, il répond à la combinaison des quatre questions suivantes : *a)* Quelle est la gravité du problème de consommation et des problèmes associés ? *b)* Quel est le niveau d'expertise et de confort du thérapeute dans le domaine de la toxicomanie ? *c)* Quels sont les préférences[5] et le degré de motivation des conjoints quant aux différents traitements offerts ? *d)* Quelles sont les ressources spécialisées offertes et accessibles à ce couple ?

- Le thérapeute entreprend une thérapie conjugale tout en intégrant les objectifs de diminution et de maintien de la consommation quand :
  - le problème de consommation est bien circonscrit, c'est-à-dire un diagnostic d'abus d'une SPA ou une consommation qui aggrave les autres symptômes psychiatriques, tels la dépression ;
  - le thérapeute se sent à l'aise de travailler avec des objectifs thérapeutiques liés à la diminution et le maintien de la consommation, et ce, même s'il ne possède pas une expertise en toxicomanie ;
  - le thérapeute conjugal possède une expertise dans le domaine de la toxicomanie ou est encadré par un professionnel du domaine[6] ;
  - les deux conjoints désirent intégrer ces objectifs à la thérapie conjugale.
- Le thérapeute réfère le consommateur en thérapie individuelle ou de groupe et entreprend un suivi en thérapie conjugale quand :
  - le consommateur présente un diagnostic de dépendance à une SPA[7] ;
  - le consommateur possède une motivation suffisante pour entreprendre les deux thérapies ;

5. Voir la section 4 pour une discussion sur ce thème.
6. Par ailleurs, le clinicien qui possède une expertise en toxicomanie, ou qui est supervisé par un spécialiste de ce domaine, peut poursuivre la thérapie conjugale centrée sur la consommation même lorsque ce problème est grave.
7. Si l'arrêt de consommation a déjà entraîné des symptômes de sevrage, tels que des convulsions ou des hallucinations, ou s'il existe une condition médicale importante pouvant être aggravée par l'arrêt de consommation, alors il y a lieu de diriger le consommateur en désintoxication, soit en consultation interne ou externe. Par ailleurs, certains clients refusent d'aller consulter un médecin ou d'intégrer un programme de désintoxication. Si les symptômes de sevrage sont généralement mineurs, tels que des sueurs, des tremblements ou une plus grande irritabilité, alors il est possible de diminuer graduellement d'une consommation standard par jour aux trois jours (Epstein et McCrady, 2002).

- le conjoint qui consomme choisit de ne pas travailler la consommation en thérapie conjugale, mais de le faire en individuel, et ce, peu importe la gravité du problème[8] ;
- il existe, dans la région, des services spécialisés en toxicomanie accessibles à chaque conjoint.

- Le thérapeute réfère le consommateur à un programme spécialisé assumant la prise en charge complète de l'individu quand :
  - un des conjoints présente un diagnostic de dépendance ou d'abus à plus d'une SPA, tels, outre l'alcool, les opiacés ou la cocaïne ;
  - le thérapeute observe certaines contre-indications à la thérapie conjugale et ce, peu importe son niveau d'expertise ou d'aisance ;
  - le tableau clinique comprend une inadaptation sociale grave et persistante, tels des troubles concomitants à l'axe II ou des traumatismes graves qui rendent difficiles l'alliance thérapeutique et la conformité au traitement ;
  - il existe une ressource spécialisée en toxicomanie qui est accessible aux clients.

Le thérapeute qui aiguille son client vers une structure spécialisée en toxicomanie, surtout si celle-ci est un organisme privé, devra prendre les précautions suivantes : 1) s'assurer de la compétence du clinicien ou du programme auquel il réfère son client ; 2) protéger la confidentialité du client[9] ; 3) communiquer, avec l'autorisation du client, avec le thérapeute traitant afin de lui transmettre les informations pertinentes au suivi thérapeutique. Cette démarche est importante puisqu'elle permet aux thérapeutes de travailler sur des objectifs connexes et assure au client une cohérence dans les services reçus. Certains organismes peuvent soutenir le thérapeute dans cette démarche[10].

---

8. Au Québec, les conjoints ayant un problème léger à modéré peuvent être référés à des programmes leur permettant de travailler de façon relativement autonome sur leur consommation, tel Alcochoix. Ce programme, qui s'adresse aux buveurs qui prennent entre 30 et 45 consommations standard d'alcool par semaine, donne d'excellents résultats. Les intervenants peuvent obtenir de l'information sur ce programme sur le site d'Alcochoix, <www.alcochoix.ca>.
9. Pour ce faire, le clinicien peut par exemple se référer au code d'éthique de l'Ordre des psychologues du Québec.
10. Au Québec, la Fédération des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes peut informer le thérapeute des services offerts (<www.fqcrpat.org>, consulté le 16 février 2006). Dans les pays européens francophones, les associations de thérapeutes et de chercheurs peuvent aider le clinicien à localiser ces ressources. Elles ont pour la plupart des sites sur la Toile. Ce sont, notamment : la Société française d'alcoologie, l'Association nationale des intervenants en toxicomanie, l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme, l'Association pédagogique nationale pour l'enseignement de la thérapeutique, le Collège national universitaire des enseignants d'addictologie, la Fédération française d'addictologie, la Fédération française de l'alcoologie ambulatoire, la Fédération française de psychiatrie, la Socidrogalcohol, la Société belge d'alcoologie, la Società italiana di alcologia, la Sociedade portuguesa de alcoologia, la Société suisse d'alcoologie, la Société de tabacologie, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie.

4. LES INTERVENTIONS

Lorsque le thérapeute décide d'intervenir auprès des couples ayant un problème de consommation, la règle d'or est d'utiliser l'approche qui soit la plus efficace avec un minimum d'intrusion. Sobell et Sobell (1999) ont bien décrit ce système pour l'intervention individuelle, sous le vocable « *stepped care approach* ». Nous suggérons de procéder selon la même approche en thérapie conjugale, c'est-à-dire que le thérapeute débute par une intervention brève, puis il évalue la nécessité d'une thérapie au moyen ou long cours.

4.1. Les interventions brèves

Souvent, l'avis professionnel du thérapeute peut être suffisant pour amener un client ou un couple à modifier sa consommation. En effet, un corpus d'études démontre que près de 50 % des grands buveurs problématiques changent sans traitement (Acier et Nadeau, 2007 ; Cunningham, Sobell, Sobell et Kapur, 1995 ; Klingemann *et al.*, 2001). Ce sont surtout les événements liés à leur santé ou une crise personnelle, telle une menace pour l'intégrité de leur vie de couple, qui les amènent à modifier leur consommation. En bref, certains clients, devenus conscients des conséquences de leur consommation sur leur vie de couple ou leur santé mentale, peuvent suivre l'avis de leur thérapeute et adopter un modèle de consommation sans risque. Le programme Alcochoix+ s'avère également une excellente référence pour le Québec.

Par ailleurs, les thérapies brèves basées sur un modèle d'entrevue motivationnelle s'avèrent également d'une grande efficacité (Miller et Rollnick, 1991). Elles sont efficaces à la fois avec des buveurs à risque et avec les buveurs dont la dépendance est avérée (Chanut *et al.*, 2005). Le tableau 12.1 décrit cette procédure.

Le clinicien qui fait une intervention brève motivationnelle y attribue généralement d'une à quatre séances, d'une durée de quelques minutes à une heure. Dans son intervention, le thérapeute évalue à quelle étape de changement est rendu son client et applique les composantes principales de la thérapie brève motivationnelles qui sont résumés par le mot FRAMES en anglais : la rétroaction (*feedback*), la responsabilisation du buveur (*responsibility*), les avis ou conseils du thérapeute (*advice to change*), les choix ou le menu des traitements offerts (*menu of options*), l'empathie (*empathy*) et l'autoefficacité (*self-efficacy*). Ces six techniques sont le coffre à outils du thérapeute.

La plupart des interventions brèves motivationnelles contiennent un suivi post-intervention. Pour plusieurs consommateurs à risque ou problématiques, l'intervention brève sera suffisante pour amener une réduction de la consommation et de ses effets délétères. Le thérapeute doit s'en assurer en s'informant à chaque entrevue de la consommation de la dernière semaine, mais aussi lorsque surviennent les situations qui menaient antérieurement le conjoint à s'intoxiquer. Par ailleurs, si l'intervention brève s'avère inefficace et que le couple désire poursuivre sa démarche d'aide, le clinicien peut proposer une intervention qui engage davantage le couple et le thérapeute : la thérapie conjugale centrée sur la consommation.

L'entrevue motivationnelle

La technique d'entrevue motivationnelle (Miller, 1996) a pour but d'amener un buveur qui présente des problèmes liés à l'alcool à reconnaître ses problèmes et sa responsabilité personnelle en cette matière et d'aider le client à résoudre son ambivalence relativement au changement de ses habitudes de consommation. On veut, de fait, amener le consommateur d'alcool à s'engager dans un processus de changement.

Cette technique d'entrevue présuppose que le thérapeute a évalué à quelle étape de changement se situe son client. Prochaska et Di Clemente ont proposé cinq étapes qui décrivent la position du client relativement à une situation qui est définie comme problématique. À l'étape de la précontemplation, les individus ne sont pas motivés à changer ; à l'étape de la contemplation, ils songent à changer ; à l'étape de la préparation, ils planifient le changement ; à l'étape de l'action, ils sont engagés activement dans le changement ; enfin, à l'étape du maintien, ils ont fait des changements, mais ils reconnaissent qu'ils doivent demeurer vigilants parce que la rechute est toujours possible.

Chacune des étapes s'accompagnent de stratégies qui répondent au niveau de motivation du client. Dans les deux premières étapes, on cherche à aider les clients à prendre conscience des répercussions de leur consommation sur eux-mêmes et sur leur vie de couple et à accepter l'idée qu'une réduction de la consommation pourrait aider considérablement leur vie à deux. À l'étape de la préparation, le clinicien devra faire appel à des stratégies d'intervention qui renforcent l'autoefficacité, c'est-à-dire la capacité du client à faire le choix de modifier sa consommation. Aux étapes de l'action et du maintien, le clinicien fait du renforcement, encourage le client à rechercher et à utiliser le soutien de son conjoint, utilise le contre-conditionnement pour favoriser l'adoption des cognitions et des comportements plus sains. Il travaille avec les clients à contrôler, sinon à éliminer les stimuli qui sont susceptibles d'amener une rechute ou à réactualiser les problèmes chez l'individu ou dans le couple. Le travail s'effectue également sur le contrôle des stimuli afin de supprimer les signaux qui les poussent à s'engager dans des comportements malsains.

Miller, W.R. (1996). « Motivational interviewing : Research, practice, and puzzles », *Addictive Behaviors*, *21*(6), p. 835-842.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). « In search of how people change : Applications to addictive behaviors », *American Psychologist, 47,* p. 1102-1114.

Voir aussi <www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e131/e131f_f.shtml>, consulté le 14 février 2006.

Pour plus de détails sur ces approches et les formations disponibles, le thérapeute peut consulter le site Internet <www.motivationalinterview.org>. Le livre de W. Miller (1999) est également disponible gratuitement sur le site du National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism au <www.niaaa.nih.gov>.

TABLEAU 12.1
Les interventions de l'entrevue motivationnelle selon le schéma « FRAMES »

Rétroaction

La première étape de toute forme d'intervention auprès des toxicomanes découle directement du processus d'évaluation. Le thérapeute décrit au couple le profil de consommation du buveur, en consommations standard, et le compare au profil de consommation de la majorité de ses concitoyens (CAMH, 2004). Il fait un bilan des conséquences néfastes liées à la consommation, telles que rapportées par chacun des conjoints, et ajoute à cette liste les difficultés conjugales qui, selon lui, sont engendrées par la consommation. Il peut également demander au consommateur et à son conjoint de faire la liste des conséquences positives et négatives du maintien et de l'arrêt de la consommation (Epstein et McCrady, 2002). Cet exercice permet parfois une prise de conscience relativement à l'importance des effets délétères consécutifs au maintien d'une consommation inadéquate.

Responsabilisation

La perception du contrôle que possède le buveur sur sa propre consommation et sur sa personne (*perceived personal control*) est un autre facteur déterminant dans la motivation au changement (Miller, 1985). Pour ce faire, le thérapeute met l'emphase sur la responsabilisation du consommateur quant au choix qu'il prend de s'engager ou non dans un processus de changement. Le client est le seul à pouvoir faire ce choix, bien que sa famille puisse l'aider et le soutenir. De même, les membres de la famille ont à faire des choix dont ils doivent assumer la responsabilité. Ainsi, un conjoint qui décide de ne pas continuer à cohabiter avec un partenaire qui consomme ne pourrait le blâmer en lui faisant porter la responsabilité de la séparation qui pourrait s'ensuivre : « Je te quitte parce que je ne veux pas vivre avec quelqu'un qui consomme » plutôt que « Tu m'as forcé à te quitter parce que tu ne veux pas arrêter de consommer ». Ce type de clarification devra sans doute être réitéré à plusieurs reprises avec les couples dont les modes d'attribution sont externes. Ce type d'attribution est souvent généralisé à plusieurs sphères de la vie de couple et la consommation risque d'expliquer, pour ces couples, un ensemble de difficultés conjugales qui pourraient persister même une fois l'abstinence atteinte. En général, ces couples vivent difficilement la transition vers l'abstinence.

Menu des traitements

Offrir un menu des diverses cibles de traitement et objectifs thérapeutiques facilite le changement. Lorsque les clients peuvent choisir, il est plus probable qu'ils respecteront le traitement et que le pronostic sera favorable (Roberts et McCrady, 2003). Il est donc recommandé d'impliquer les deux conjoints dans le processus décisionnel, sans imposer une modalité de traitement et sans prendre un rôle autoritaire. On fait cela en présentant aux clients les différentes options possibles et en leur indiquant les avantages et inconvénients de chacune des modalités qui s'offrent à eux.

Conseils

Tout en respectant les choix de ses clients, le thérapeute peut donner des conseils quant à la modalité de traitement qu'il privilégie. Par exemple, l'abstinence est la cible thérapeutique privilégiée par la majorité des cliniciens, mais certains clients refuseront le traitement si cette option est mise de l'avant. Plutôt que de s'opposer au client sur cet objectif, il est préférable d'établir avec le couple des balises quant aux quantités qui seront consommées, à quels moments et dans quelles conditions. Par ailleurs, le thérapeute peut proposer que, si ces objectifs de consommation s'avèrent trop difficiles à maintenir, l'objectif d'abstinence pourra alors être rediscuté. Un autre choix pourrait être de proposer aux clients une période minimale pendant laquelle ils sont prêts à tenter d'être abstinents, tout en leur indiquant que le boire modéré pourra être envisagé si, après le délai convenu, l'abstinence ne leur convient pas. Ce type de compromis permet alors au client d'essayer une période d'abstinence, parfois pour une première fois depuis plusieurs années, et d'être confronté aux difficultés mais également aux effets positifs de l'arrêt de la consommation (Epstein et McCrady, 2002).

Empathie

Le thérapeute doit être empathique envers le consommateur et son conjoint. Une attitude chaleureuse et de soutien sera plus efficace qu'une position agressive et de confrontation des résistances du client. Par ailleurs, il n'est pas rare que le conjoint du toxicomane réagisse négativement à l'attitude empathique du thérapeute face au consommateur. Le clinicien peut alors se sentir piégé ; il devra être vigilant et être empathique aux réactions et aux besoins parfois très différents, des deux conjoints (Roberts et McCrady, 2003).

Autoefficacité

Le thérapeute aide le consommateur à développer un sentiment d'autoefficacité, soit encourage celui-ci à utiliser les forces et les ressources dont il dispose pour atteindre ses objectifs de changement. Le thérapeute souligne également les forces du couple, les succès respectifs de chacun des conjoints dans leur démarche et il transmet sa confiance en leur capacité à changer et à s'aider.

4.2. La thérapie conjugale centrée sur la consommation

La thérapie conjugale présentée ici est une intégration des modèles cognitifs-comportementaux élaborés par deux équipes américaines, respectivement dirigées par Timothy O'Farrell et Elizabeth Epstein. Ces modèles ont été choisis principalement parce qu'ils sont les seuls à avoir été la cible de plusieurs recherches évaluatives qui étayent leur efficacité pour améliorer tant les comportements relatifs à l'abus de substances chez l'alcoolique que ceux dans la relation conjugale (Epstein et McCrady, 1998 ; O'Farrell et Stewart, 2003). Comme il existe plusieurs descriptions complètes de ces interventions auprès des couples alcooliques (voir Epstein et McCrady, 2002 ; O'Farrell, 1993a, 1993b), nous ne présenterons que les grandes lignes communes aux deux modèles. En outre, nous ne nous attardons qu'aux interventions conjugales qui ont trait à la consommation. Le lecteur doit donc comprendre que les interventions qui seront présentées font partie d'une thérapie conjugale cognitive-comportementale classique avec ses aspects psychoéducatifs, ses travaux maison et autres techniques caractéristiques de cette approche. Ainsi, les lecteurs peuvent également utiliser les principes de base et les outils de la thérapie conjugale auprès de couples alcooliques pour les intégrer et les adapter à l'approche de leur choix.

Ces modèles d'intervention ont été développés auprès des couples dont un seul conjoint, l'homme, consomme de façon problématique. On peut, si besoin est, adapter ces modèles aux autres couples présentant des problèmes de consommation : les couples où la femme est alcoolique, les couples où les deux conjoints surconsomment ou les clients ayant un problème de consommation avec des substances autres que l'alcool. Cependant, le modèle présenté subséquemment n'ayant pas été conçu pour ces couples, le clinicien devra faire preuve de flexibilité et de créativité pour répondre à leurs besoins.

La suite du chapitre présente les quatre étapes du suivi conjugal à moyen ou à long terme : les interventions visant la diminution et la stabilisation de la consommation, les interventions centrées sur l'alcool, les interventions visant l'amélioration de la relation et celles qui visent le maintien à long terme des acquis. Nous nous référerons au cas de Jean et de Catherine afin d'illustrer les étapes de l'intervention conjugale auprès de couples toxicomanes.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Jean est un homme de 40 ans aux prises avec un problème de consommation d'alcool depuis maintenant 10 ans. Il est marié depuis neuf ans et en relation depuis 15 ans avec Catherine, 37 ans. Il est représentant pour une compagnie pharmaceutique et Catherine travaille en marketing. Ils ont deux filles de neuf et sept ans. L'évaluation de la consommation des conjoints permet de confirmer le diagnostic de dépendance à l'alcool chez Jean et une consommation modérée non problématique d'alcool et de cannabis chez Catherine. Jean a entrepris une thérapie individuelle pour ses problèmes de consommation trois mois avant la première session en TC.

Au moment de l'évaluation en TC, Jean n'est pas abstinent. Il a consommé de six à neuf consommations standard de bière à trois occasions durant la dernière semaine. Sa consommation augmente en quantité par occasion depuis sa dernière période d'abstinence, qui a duré deux mois et qui s'est terminée il y a trois semaines. Avant cette période d'abstinence, Jean rapporte qu'il consommait 30 consommations standard de bières par jour, du lever au coucher. Sa plus longue période d'abstinence est de cinq mois et elle date de deux ans. Jean avait alors fait une mauvaise chute lors d'une ivresse aiguë, ce qui l'avait effrayé. Il a entrepris trois thérapies depuis au cours des deux dernières années, mais les a abandonnées au bout de quelques semaines, à la suite de rechutes. Il ne surconsomme aucune autre SPA.

Les deux conjoints s'entendent quant au fait que les problèmes conjugaux ont commencé lorsque la consommation de Jean est devenue problématique, il y a 10 ans. Toutefois, lors de l'évaluation de l'histoire du couple et de la famille, il devient évident pour le thérapeute conjugal que plusieurs stresseurs agissent sur le couple au moment où la consommation devient problématique. Le thérapeute note que Catherine perd sa sœur dans un accident d'automobile et tombe enceinte de sa première fille, Jean change plusieurs fois d'emploi et le couple vit des difficultés financières alors que la consommation de Jean augmente rapidement. Les conjoints affirment également ne plus avoir de relations sexuelles régulières depuis cinq ans et avoir très peu de contacts physiques. Ils ont peu d'activités en commun.

4.3. Les interventions visant la diminution et la stabilisation de la consommation

Cette première étape de la thérapie concerne principalement les couples dont l'un des membres présente un diagnostic de dépendance à une SPA, notamment s'il y a présence d'une dépendance physique. L'objectif premier est la diminution, voire l'arrêt de la consommation. En général, le thérapeute conjugal réfère ces clients à un clinicien spécialisé qui prend en charge cette partie du traitement.

Deux choix s'offrent au thérapeute et aux clients : la thérapie conjugale séquentielle ou en parallèle. La thérapie séquentielle permet au conjoint alcoolique de travailler d'abord en thérapie individuelle jusqu'à ce qu'il ait stabilisé ou arrêté sa consommation, selon l'objectif établi. Le couple peut alors amorcer la thérapie conjugale. La thérapie en parallèle, comme son nom l'indique, se fait simultanément, en parallèle à la thérapie conjugale. Il n'existe pas de données empiriques permettant d'affirmer la supériorité d'un des deux modèles. Cela dit, certains experts préfèrent travailler de façon séquentielle, notamment lorsque la dépendance physique est telle qu'elle entrave le travail en thérapie conjugale, par exemple si le conjoint alcoolique est incapable de se présenter sobre à ses rendez-vous ou si une désintoxication en milieu hospitalier est nécessaire. Par contre, si le couple est en crise, il est alors préférable de s'occuper des enjeux

conjugaux d'abord, pour ensuite travailler sur la consommation. De plus, le soutien offert aux deux conjoints en thérapie conjugale permet de faciliter la transition et d'atténuer le stress qui accompagne la diminution de la consommation.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Les conjoints et le thérapeute conjugal ont déterminé qu'il était préférable que Jean poursuive la thérapie pour toxicomanie et que la thérapie conjugale se centre sur les difficultés conjugales qu'entraîne la consommation. Les objectifs de réduction et de stabilisation de la consommation sont le *focus* de la thérapie individuelle. Les critères qui justifient ce choix sont : 1) Jean affirme avoir de la motivation à poursuivre les deux processus thérapeutiques simultanément ; 2) il démontre une grave dépendance à l'alcool ; 3) il préfère ne pas inclure sa conjointe dans certaines parties de sa thérapie centrée sur la consommation ; 4) il a établi une bonne alliance avec son thérapeute individuel et en ressent les bienfaits ; 5) il est d'accord pour que les deux thérapeutes communiquent entre eux afin de coordonner les objectifs thérapeutiques. Il est entendu entre les conjoints et les thérapeutes que la confidentialité est maintenue et qu'aucune information ne sera divulguée en thérapie sans l'accord du conjoint concerné.

Le stress individuel et conjugal qui accompagne la diminution de la consommation est souvent significatif. La consommation excessive d'un conjoint masque souvent d'autres problèmes graves dans le fonctionnement du buveur, de son conjoint ou du couple. Dans de tels cas, la consommation excessive détournerait le couple d'un problème qu'il vivait encore plus mal que la consommation. La période de transition vers l'abstinence risque donc de précipiter une crise conjugale significative pour ces couples.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Depuis que Jean est sobre, Catherine déclare d'abord être heureuse de l'investissement de Jean dans la vie familiale. Elle se sent moins seule. Toutefois, au bout de quelques semaines, elle dit se sentir étouffée par Jean. Il est contrôlant, lui dit comment faire les tâches ménagères et se fâche lorsqu'elles ne sont pas faites à sa façon. Elle ne peut plus vivre avec le regard critique de son conjoint. Elle affirme préférer son absence à sa présence et pense qu'il est plus facile de vivre avec un conjoint qui consomme que d'être sujette à ses critiques. Jean, quant à lui, dit se sentir de plus en plus frustré par la colère de sa femme et se sentir impuissant. Il ne comprend pas pourquoi sa femme ne fait pas simplement les choses comme il lui demande de les faire. Ses envies de consommer sont également plus fréquentes et plus fortes depuis quelques jours. Les conjoints se disputent plus souvent qu'à

l'habitude et déclarent être plus insatisfaits de leur situation conjugale que lors de leur première séance de thérapie conjugale. Catherine exprime alors le désir de cesser la thérapie, une idée qu'endosse Jean.

Interventions : Le thérapeute qui débute pourrait penser que la thérapie a des effets délétères pour ce couple. Or, ce type de situation n'est pas rare en thérapie conjugale, particulièrement lors de la période de transition vers l'abstinence ou la stabilisation de la consommation. Il est utile et parfois essentiel d'aviser le couple, au début de la thérapie, que ce type de situation peut survenir lorsque le couple implante de nouveaux comportements et stratégies d'adaptation. Ainsi, plutôt que de se centrer sur le désir de cesser la thérapie, le thérapeute souligne les changements positifs qu'il observe dans le couple et valide chaque conjoint dans son expérience. Il explore ensuite avec Jean ses émotions et ses cognitions lorsqu'il critique sa conjointe. Comment se sent-il lorsque Catherine ne remplit pas le lave-vaisselle de la façon qu'il le voudrait ? Pourquoi veut-il que la table soit mise exactement comme il l'entend ? Pourquoi veut-il contrôler les allées et venues des filles ? Pourrait-il partager avec nous ce qu'il ressent, ce qu'il pense ?

Ce type de questions a permis au thérapeute et au couple d'avoir accès à l'anxiété que Jean vit depuis qu'il est sobre. Ainsi, Jean affirme se sentir agité tout le temps et est continuellement inquiet de ce que l'avenir lui réserve. Il se sent de plus en plus anxieux par rapport à ses responsabilités envers sa femme et ses enfants et s'inquiète parce qu'il se croit incapable de subvenir financièrement et émotivement à leurs besoins. Jean se rend compte qu'il a vécu les mêmes sentiments lorsque Catherine est tombée enceinte de leur premier enfant, il y a 10 ans. C'est alors qu'il a commencé à boire. Il prend conscience qu'actuellement, à défaut de pouvoir consommer, il ressent un besoin de contrôler son environnement.

Ce récit a amené le thérapeute à conclure que la consommation masquait un trouble d'anxiété antérieur à la survenue de la dépendance. La consommation avait une fonction d'automédication qui permettait à Jean de s'adapter dans un couple qui tolérait mal l'anxiété. Cette interprétation a permis aux deux conjoints de donner un sens à la consommation de Jean et aux difficultés conjugales consécutives à son abstinence.

Les thérapeutes conjugaux expérimentés dans le domaine de la toxicomanie qui voudraient intégrer les objectifs de diminution et de stabilisation de la consommation à l'intérieur du processus de changement du couple peuvent utiliser le modèle d'intervention d'Elizabeth Epstein et Barbara McCrady (voir Epstein et McCrady, 2002 ; McCrady et Epstein, 1995). Leur modèle d'intervention permet la prise en charge complète du couple et du problème de consommation du conjoint toxicomane sans recours à une thérapie extérieure supplémentaire.

4.4. Les interventions centrées sur l'alcool

Les interventions centrées sur l'alcool visent les couples pour lesquels l'intervention brève motivationnelle n'a pas été efficace et les couples présentant des problèmes modérés à graves liés à la consommation. Dans ces modèles d'interventions cognitives-comportementales, la première partie du processus thérapeutique, soit environ la moitié des 15 à 30 séances du suivi conjugal, est consacrée aux interventions centrées sur la consommation et aux comportements dyadiques qui y sont reliés. Le thème de la consommation reste présent aux autres stades de la thérapie, mais, graduellement, le clinicien met l'emphase sur les enjeux conjugaux périphériques ou non reliés à la consommation qui sont également source de détresse. Il est important que le couple comprenne ce principe puisqu'il guide le choix des cibles d'intervention à chaque séance. Ainsi, lorsque le couple sait que certaines difficultés conjugales doivent temporairement être mises de coté, le thérapeute évite les frustrations possibles des conjoints qui voudraient aborder immédiatement des thèmes qui ne sont pas centraux à la consommation.

L'un des dangers potentiels à cette étape du traitement est que le grand buveur devienne le patient identifié de la thérapie conjugale. Le travail sur les enjeux conjugaux périphériques à la consommation, tels que les problèmes sexuels, devient difficile à implanter une fois cette phase de la thérapie terminée. Le thérapeute rappelle donc au couple : « La consommation agit actuellement comme un écran pour marquer certaines difficultés et certaines forces que possède votre couple. Il est possible qu'à certains niveaux, la consommation ait une utilité pour chacun de vous, malgré tous les torts qu'elle vous a causés. Pendant quelques semaines, nous allons travailler ensemble à stabiliser la consommation. Une fois cela fait, il est possible que les problèmes qui vous causeront des difficultés soient différents de ceux que vous avez maintenant. Il est également possible que la consommation ne soit pas le problème qui vous cause le plus d'insatisfactions. » Afin de garder l'équilibre entre les problèmes conjugaux et les problèmes de consommation du conjoint, il est utile de faire de fréquentes interventions systémiques et d'y inclure le conjoint abstinent le plus possible afin d'éviter que le consommateur n'adopte ou se voie attribuer le rôle du patient identifié. Par ailleurs, afin de regagner la confiance de l'autre, il est important que le conjoint toxicomane fasse des efforts réels pour réaliser les objectifs de stabilisation de la consommation et reconnaissance sa responsabilité dans les difficultés conjugales. Dans certains cas, il est inévitable que, pendant la première partie de la thérapie, le thérapeute utilise le conjoint alcoolique comme patient identifié. C'est au thérapeute de décrire ensuite ce processus et sa fonction dans la thérapie afin que l'équilibre se rétablisse. Éventuellement, l'emphase doit être mise sur les problèmes conjugaux et la contribution de chaque conjoint à ces problèmes.

L'une des premières interventions conjugales, outre l'entente établie préalablement sur les conditions régissant l'abstinence ou la réduction de la consommation, est d'établir un contrat comportemental entre les conjoints. Dans ce contrat, les deux conjoints s'engagent à discuter quotidiennement de la sobriété du consommateur. Durant

cette courte discussion, le consommateur renouvelle sa promesse de respecter les conditions régissant sa consommation pendant les 24 prochaines heures alors que le non-consommateur doit reconnaître la sobriété de son conjoint de façon positive et aidante (Fals-Stewart *et al.*, 1996)[11]. Ce type de contrat vise à rétablir la confiance dans le couple et à augmenter le sentiment d'autoefficacité du consommateur.

L'une des interventions déterminantes à ce stade de la thérapie est l'analyse fonctionnelle. La passation de la grille décrivant le modèle de consommation a permis de dégager le type de produit, les contextes, les lieux de même que les jours et les moments du jour qui constituent les situations à haut risque de consommation (pour plus de détails, voir Epstein et McCrady, 2002, p. 619). Une discussion avec le couple permet ensuite d'identifier les déclencheurs des épisodes de consommation et, plus particulièrement, les déclencheurs liés aux interactions conjugales. Ainsi, le clinicien amène le couple à prendre conscience des comportements dyadiques qui encouragent ou maintiennent la consommation.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Analyse fonctionnelle pour une situation à haut risque de consommation pour Jean

Déclencheur :

Catherine est sortie avec les enfants en laissant une simple note indiquant l'heure où elle prévoit rentrer. Il ne sait pas où ils sont.

↓

Pensées et sentiments :

Colère, inquiétude et solitude. Jean pense que Catherine se désintéresse de lui, qu'il lui est indifférent, peu lui importe qu'il l'attende et qu'il s'inquiète pour elle et les enfants. Boire le relaxerait et le calmerait.

↓

Réponse :

Jean va acheter une caisse de bière (12 bouteilles de 340 ml à 4,5 %) et en boit huit les unes après les autres.

11. O'Farrell et son équipe utilisent un contrat similaire où le buveur accepte de prendre du disulfirame devant son conjoint qui l'encourage dans sa sobriété. Le nom commercial est Antabuse® en Amérique du Nord et Espéral® dans les pays francophones européens. C'est une substance administrée à l'alcoolique sevré afin de faciliter l'abstinence et de prévenir les rechutes, l'ingestion d'alcool induisant alors des réactions désagréables et aversives, surtout des nausées. Or, la prise de disulfirame est controversée et requiert un suivi médical serré, principalement à cause des effets secondaires néfastes pour la santé (Schuckit, 1988 ; voir aussi <www.biam2.org/www/Sub534.html>, consulté le 21 février 2006). Nous ne suggérons donc pas l'utilisation de ce médicament.

↓

Conséquence positive :

Il est intoxiqué - calme, relaxé, retrouve l'expérience du plaisir physique que donne l'alcool. Il apprécie le goût de la bière.

↓

Conséquence négative :

Il a trop bu. Catherine est fâchée et déçue quand elle arrive. Il a honte devant ses filles et sa femme qui savent qu'il n'a pas respecté son engagement. Il dort mal, se sent fatigué le lendemain, n'a pas d'énergie, pas de concentration, comme quand il était alcoolique.

Cette étape de la thérapie peut être très ardue pour le conjoint non toxicomane puisqu'il est alors confronté à son apport aux problèmes de consommation de son conjoint, problèmes dont il s'est le plus souvent dissocié. Il faut alors l'amener à diminuer les comportements renforçant la consommation, tel que punir son conjoint lorsqu'il boit ou, inversement, le protéger des conséquences négatives de sa consommation excessive en l'excusant devant son entourage, en ramassant les bouteilles vides ou en le soignant des symptômes consécutifs aux intoxications (Epstein et McCrady, 1998). De plus, le conjoint non alcoolique doit apprendre à renforcer les comportements positifs de son partenaire qui ne sont pas liés à la consommation ainsi que ceux qui sont favorables au maintien de la sobriété. Dans cette partie de la thérapie, les deux conjoints doivent apprendre à admettre leur contribution respective au problème de consommation. Ce type d'analyse fonctionnelle interactive leur permet éventuellement de reconnaître et de prévenir les situations qui mettent en péril le maintien des objectifs de consommation.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Jean a consommé six bières avant une de ses séances de thérapie conjugale. Lorsque le thérapeute lui demande ce qui s'est produit avant qu'il commence à boire, ce dernier l'informe que, alors qu'il lisait sur la terrasse dehors en fin de journée, Catherine a envoyé trois fois sa plus jeune fille lui demander d'entrer dans la maison, et il a refusé de la suivre. Le thérapeute demande à Jean ce qu'il pense et ressent dans ce contexte.

Jean : Je me sens étouffé et j'ai l'impression d'être espionné, surveillé. Catherine ne me fait pas confiance et pense que je bois. À quoi servent mes efforts si, de toute façon, ma femme et mes filles pensent que je suis en train de consommer ? C'est comme si tous les efforts que je fais étaient vains. Je me sens impuissant à changer la vision que Catherine a de moi et qu'elle transmet à mes filles. Aussi bien reprendre la bouteille maintenant.

Catherine : C'est vrai que je n'ai pas tout à fait confiance, surtout lorsque Jean fait quelque chose hors du commun, comme aller lire sur la terrasse. Il ne fait jamais cela. Alors je m'inquiète et je pense qu'il boit.

Thérapeute : Catherine, vous dites avoir été blessée par la consommation de Jean et que votre confiance en Jean n'est pas encore complètement revenue. Vous craignez d'être blessée à nouveau, comme dans le passé. Par ailleurs, lorsque vous choisissez d'envoyer une des filles voir ce que Jean fait, il se sent surveillé, ne se sent pas soutenu dans sa sobriété et ne sent pas que vous reconnaissez ses efforts. Il se sent impuissant à regagner votre confiance. Peut-être y a-t-il une autre façon de communiquer à Jean votre inquiétude sans que celui-ci ne se sente surveillé ?

Jean : Je comprends que Catherine ne me fasse pas encore confiance. Je n'aurais pas confiance non plus à sa place. Je suis prêt à entendre ceci d'elle. [À Catherine :] Ce dont j'aurais eu besoin sur la terrasse, c'est que tu me dises directement que tu as du mal à me faire confiance, que tu es inquiète. Je te comprends parce que, après, j'ai décidé de boire.

Thérapeute : Jean, qu'est-ce que Catherine aurait pu faire de différent selon vous ?

Jean : Catherine, j'ai besoin de savoir que tu vois ce que je fais, les efforts que je fais.

Catherine : C'est vrai que je n'ai pas tendance à te le dire, mais je suis vraiment fière que tu aies été abstinent si longtemps. Je remarque des changements en toi et je vois bien que ce n'est pas facile tout le temps de ne pas boire. Ce que j'aurais pu te dire, c'est que je suis heureuse des changements que je vois en toi et dans notre couple. Par contre, des fois, lorsque tu as des comportements différents, je ne sais pas comment les interpréter. Ma confiance bascule parfois dans ces moments et j'envoie une des filles voir ce que tu fais, pour me rassurer. Mais, je comprends que ce n'est pas une bonne idée. Je le faisais pour me rassurer et le fait que tu aies bu après m'a confirmé dans mes craintes. Je n'avais pas conscience que, de fait, tu étais en colère contre moi et que c'est pour cela que tu as bu. J'aurais pourtant aimé savoir ce que tu ressentais. Et cela me met en colère que tu aies effectivement bu. Ma confiance diminue quand tu fais cela.

Jean : C'est vrai que j'aurais pu choisir de réagir différemment. Je pense que j'ai voulu te punir aussi en buvant. Je comprends que ce n'est pas une bonne idée. Je devrais simplement venir te parler.

Une fois identifiées les situations à haut risque de consommation, le couple doit apprendre à les gérer ensemble. La première solution consiste à éviter les situations à risque pendant les premières semaines de sobriété. Prenons l'exemple d'un autre couple, des conjoints qui fréquentent régulièrement les cocktails de type 5 à 7 pour se détendre après le travail. Or, au bar, le grand buveur perd souvent le contrôle et boit plus que prévu. Par ailleurs, ce moment ensemble est lié à un moment d'intimité où il se rapproche de sa conjointe puisque celle-ci partage un plaisir avec lui. Au début, le thérapeute conjugal pourrait et devrait suggérer au couple d'éviter ce type d'activité afin d'aider le grand buveur dans ses efforts vers le boire modéré ou l'abstinence. Il recommandera de substituer cette activité par une autre activité commune permettant également la détente et le plaisir du consommateur, par exemple la pratique d'un sport ou une sortie au cinéma ou même la consommation d'une boisson non alcoolisée dans un contexte agréable. Si les 5 à 7 ont également une fonction nécessaire au travail du conjoint, tel que d'être en contact et discuter avec des clients potentiels, il se peut qu'il ne puisse éviter très longtemps ce type de situation à risque. Une fois la sobriété stabilisée, il devient alors possible pour l'ancien buveur de confronter ces situations en recommençant à fréquenter les événements de type 5 à 7 avec sa conjointe mais, cette fois, selon des règles et un plan définis par les conjoints et le thérapeute.

Pour assurer le maintien des acquis, des stratégies nouvelles doivent être mises en place et pratiquées avec le couple. Par exemple, le thérapeute demande au couple de s'imaginer dans un 5 à 7, de décrire comment la situation à risque débute et de quelle manière les conjoints répondent à la situation. Le thérapeute reste en arrière-plan de la mise en situation, mais il s'assure que les conjoints répondent à certaines questions. Par exemple, comment le consommateur refuse-t-il un verre d'alcool offert par un client ? Quelle interprétation donne-t-il à son comportement ? Se sent-il jugé défavorablement par son interlocuteur ? Quelle explication est-il prêt à donner ? Qu'il ne boit pas, ne boit plus, qu'il n'en a pas envie, qu'il est le chauffeur désigné ? Le consommateur doit être prêt à répondre à ces questions et être à l'aise avec ses réponses. En outre, quels signaux seront utilisés par le consommateur pour indiquer à l'autre que la situation de consommation devient trop difficile à gérer et qu'il est temps de partir ? Quels comportements le non-consommateur adoptera-t-il afin de soutenir son conjoint dans ce type de situation ? Certains choisissent de boire des boissons non alcoolisées pour soutenir leur conjoint afin que ce dernier ne se sente pas isolé dans sa non-consommation ; pour d'autres couples, cette tactique ne sera pas aidante. Enfin, comment le couple doit-il réagir si, par exemple, le consommateur brise le contrat régissant les règles de non-consommation ou de consommation modérée durant le 5 à 7 ? Le couple doit avoir des réponses claires à ces questions et le thérapeute doit les aider à développer ce nouveau répertoire de comportements de non-consommation et de violation du contrat. Un travail sur les divers scénarios connus, mais également ceux qui ne se sont pas encore produits, doit être fait. Ainsi, le thérapeute fait de la prévention autour des rechutes possibles et même probables du grand buveur.

Ce travail doit être fait pour chaque situation mettant le consommateur à risque de rechuter et chacune de ces situations devra être soit évitée, soit modifiée, soit substituée par une autre activité agréable, qu'elle soit individuelle ou de couple. À travers ce travail, le rôle de chacun des conjoints dans le couple ainsi que leur type d'attachement feront surface. Ainsi, le conjoint qui se valorise dans le couple en prenant soin de son partenaire intoxiqué peut trouver difficile d'abandonner ce répertoire de comportements, particulièrement lorsque la consommation se stabilise. Pour certains, la consommation sert de prétexte pour blâmer l'autre pour les problèmes que vit le couple. L'autre peut trouver difficile d'admettre qu'il est également responsable de certaines difficultés autrefois attribuées au consommateur. En encourageant chaque conjoint à se responsabiliser, le consommateur devient alors moins dépendant de l'autre et le processus de différenciation s'entame (Van Bree, 1995). À ce stade de la thérapie, le thérapeute doit exercer de la vigilance quant aux crises de couple potentielles, et même de rechutes par le consommateur, dans la mesure où ces interventions affectent l'homéostasie du couple.

Les thérapeutes d'approche cognitive-comportementale font un suivi serré de l'évolution de la consommation de leur client et ce, particulièrement dans les premières semaines de thérapie. Certains auteurs recommandent de vérifier le taux sanguin d'alcoolémie au début de chaque séance (Epstein et McCrady, 2002 ; O'Farrell, 1986). Cette mesure permet de s'assurer de la sobriété du consommateur lors de la séance, mais également à rétablir la confiance du conjoint non alcoolique en le rassurant sur les efforts déployés par son partenaire. Le thérapeute en profite alors pour renforcer les efforts du consommateur, ce qui sert également de modèle pour le conjoint non alcoolique. Lorsque cette mesure est mise en place lors de la première séance d'évaluation, que les raisons derrière cette procédure sont expliquées et qu'elle est utilisée de façon constante, les conjoints l'acceptent bien, selon les auteurs précités[12]. Si le conjoint présente un taux d'alcoolémie dépassant 0,05 %, alors la séance est remise et le contrat de consommation est renégocié. Le thérapeute en profitera pour aborder la gestion des rechutes. Les thérapeutes d'approche comportementale tentent de minimiser l'importance des rechutes et assurent aussi le suivi de la consommation en demandant au consommateur de tenir un journal de bord quotidien où sont inscrits ses envies de consommer, l'intensité de ces envies et le contexte qui les entourent.

Le thérapeute doit savoir que la transition vers un modèle de consommation différent, qu'il s'agisse du boire modéré ou de l'abstinence, s'accompagne fréquemment de rechutes pour le consommateur. Le thérapeute fait une intervention de crise au besoin afin de limiter le plus possible la durée de cette rechute. Celle-ci est utilisée dans la

12. Pour le thérapeute en pratique privée, il y a sur le marché des tests d'alcoolémie calibrés à l'intention des conducteurs d'automobile. Si on fait appel à ces tests, s'assurer qu'ils soient fiables. Autrement, il vaut mieux se priver de cette information que de passer la rencontre à débattre de la fiabilité d'un test qui peut générer des faux positifs.

séance comme une occasion d'apprentissage pour le couple ; le thérapeute démontre au non-consommateur, par son attitude empathique et acceptante, une façon différente de responsabiliser le consommateur sans le punir. Il s'agit également d'une occasion pour le couple et le thérapeute d'approfondir leur compréhension du consommateur et des interactions qui le mènent à consommer. Le thérapeute aide le couple à identifier les déclencheurs de cet épisode de consommation. Ensuite, il génère avec eux des solutions de remplacement à la consommation qui leur permettront de solutionner cette situation de rechute lorsqu'elle se représentera à nouveau. Finalement, à la lumière de ces nouvelles informations, le contrat de consommation est renégocié et le consommateur réitère son engagement d'abstinence ou de consommation modérée. Cette procédure de gestion des rechutes, décrite et utilisée par O'Farrell (1993a), s'est avérée efficace (Maisto, McKay et O'Farrell, 1995).

4.5. Les interventions visant l'amélioration de la relation conjugale

Tout en poursuivant le suivi de la consommation, le clinicien doit également mettre l'emphase sur l'amélioration de la relation de couple. À cette étape, le couple doit prévoir des sorties ensemble et chaque conjoint doit dédier à l'autre une « journée d'amour » (*love days*), puis des « journées de plaisir » (*fun days*). On demande aussi à chacun de porter attention et de reconnaître les petites attentions, les efforts et le souci que son conjoint lui porte et d'augmenter la fréquence de ces comportements envers l'autre (voir le chapitre 4). Bien que cette phase de la thérapie ne soit pas spécifique aux couples présentant des problèmes de consommation, elle est particulièrement utile pour rétablir un climat d'amour et de confiance chez des couples ayant vécu beaucoup de colère et de méfiance. Elle permet également au couple d'apprendre à développer un répertoire de comportements amoureux et une intimité différente de celle qui entourait la consommation.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Lorsque Catherine et Jean arrivent à leur séance de thérapie conjugale, le thérapeute leur demande comment s'est déroulée leur journée de plaisir et quelles petites attentions ils ont pu observer chez leur conjoint. Catherine explique que Jean et elle ont décidé d'aller jouer aux quilles, une activité qu'ils avaient faite ensemble il y a plusieurs années et au cours de laquelle ils avaient beaucoup ri. Leur objectif était de retrouver des moments où ils peuvent rire ensemble.

Catherine : Au début, on trouvait ça bizarre. Je n'avais pas tellement envie d'y aller, je trouvais que ça faisait artificiel de créer une situation pour rire. Mais, j'ai été vraiment très surprise ! On était là depuis 10 minutes et déjà on riait. Puis, j'ai remarqué que Jean a manqué volontairement quelques coups afin de me faire sentir moins mauvaise. J'ai trouvé cela gentil.

Jean : Ça me faisait du bien de m'amuser autant avec Catherine. J'avais l'impression de retrouver la fille très moqueuse avec qui je suis tombé en amour. Je savais que ce n'était pas du sarcasme. [À Catherine :] Puis, c'est fou, mais je me suis senti utile de pouvoir te donner des conseils et t'aider à mieux jouer. J'étais content que tu acceptes d'essayer un de mes conseils. Ça m'a fait plaisir.

Thérapeute : En quoi ce moment d'intimité a-t-il été différent de ceux que vous pouviez avoir lorsque Jean consommait ?

Catherine : Je pense que j'étais plus prête à essayer justement de jouer le jeu et d'entendre les conseils de Jean pour ce qu'ils sont, une aide, alors que d'habitude je pense toujours que ce sont des critiques. Pour moi, le plus différent était que, lorsque nous sommes proches, c'est souvent à la suite d'une rechute ou d'une grosse dispute. Alors, même si je suis contente que ce soit calme et que nous sommes gentils l'un envers l'autre, il me reste un peu de colère. C'est la première fois depuis très longtemps que je pouvais apprécier vraiment le temps que l'on passait ensemble.

Jean : C'est vrai que ça fait longtemps que je n'ai pas fait quelque chose pour te faire plaisir sans me sentir coupable. Ça me rassure sur notre couple que nous soyons encore capables de retrouver le rire entre nous.

Thérapeute : Ainsi, vous avez ri et eu du plaisir et ce moment a été différent des autres parce qu'il ne suivait pas un moment de dispute ou une rechute. Il n'était pas contaminé par la colère de Catherine et la culpabilité de Jean d'avoir consommé. Il vous a été possible de bien profiter l'un de l'autre et d'interpréter différemment les efforts de l'autre. Catherine a été capable d'accepter l'aide que Jean lui offrait et Jean, d'apprécier l'humour de Catherine.

C'est à ce stade de la thérapie que le thérapeute aborde les enjeux potentiellement liés à la consommation, telles les difficultés sexuelles. O'Farrell (1993a) souligne d'ailleurs que, bien que plusieurs changements se soient mis en place depuis le début de la thérapie, il est fort possible que les exercices de communication et d'exploration soulèvent des conflits profonds et émotivement chargés. Le clinicien explore avec le couple de nouvelles habiletés de communication, de négociation, de résolution de problèmes qui permettent au couple de reconnaître, voire de résoudre ces conflits en s'exprimant clairement et de façon non blâmante. Ces interactions permettent aux conjoints d'avoir accès au vécu émotif de l'autre, d'entendre et de formuler leurs besoins respectifs dans diverses sphères du fonctionnement conjugal et de percevoir les effets de leurs

comportements sur le conjoint. Un des objectifs importants de ces exercices de communication et de résolution des problèmes est de permettre à chacun des conjoints de développer de l'empathie pour l'autre.

Vignette clinique – Catherine et Jean

Pour Catherine et Jean, cette partie de la thérapie leur a permis de résoudre des conflits liés à leurs difficultés sexuelles. Depuis plus de cinq ans, Jean a des problèmes érectiles liés à sa consommation d'alcool. Les relations sexuelles se sont espacées et les dernières datent de deux ans, lors des vacances, et c'est Catherine qui avait fait toutes les avances.

Lorsque le thérapeute aborde ce sujet avec le couple, Catherine explique qu'elle ne se sent pas désirée de Jean parce qu'ils n'ont plus de relations sexuelles. Elle sait que l'alcool a des effets sur la réponse sexuelle de Jean, mais c'est plus fort qu'elle, elle a l'impression que c'est vraiment parce qu'il n'a pas envie d'elle qu'il ne l'approche plus. Elle se plaint que Jean évite tout contact physique et que c'est à peine s'il l'embrasse quand il quitte la maison. Elle en est venue à la conclusion qu'il ne veut plus d'elle.

En explorant ce thème avec le couple, Jean rapporte avoir très honte de son trouble érectile et, en effet, évite les contacts qui pourraient mener à quelque intimité sexuelle. Il a peur qu'éventuellement Catherine ne le voie plus comme un homme assez viril et qu'elle le quitte. Il explique qu'en plus, ceci est compliqué par le fait que Catherine lui a dit, à plusieurs reprises, qu'elle n'avait pas envie de lui. Lorsque le thérapeute demande à Catherine de décrire les situations où Jean avait envie d'avoir une relation sexuelle alors qu'elle ne voulait pas, elle explique qu'elle a maintes fois refusé pendant qu'ils se réconciliaient, à la suite d'une rechute : elle était trop en colère et avait l'impression que d'accepter d'avoir une relation sexuelle voulait dire pardonner la rechute, fermer les yeux.

Le travail auprès de ce couple a eu pour objet de les amener à parler des émotions liées aux refus de Catherine et à l'impuissance de Jean afin d'éduquer les conjoints quant aux problèmes érectiles de Jean, de clarifier certains malentendus, de parler de leur désir l'un pour l'autre, de ce qui stimule ou, au contraire, tue leur désir. En parlant des situations difficiles liées à l'absence de sexualité dans leur couple, Jean et Catherine ont appris à démêler les conflits qui étaient liés à leurs difficultés sexuelles et ceux liés à la consommation qui s'exprimaient à travers leur sexualité. Ainsi, Jean a appris à ne pas insister pour avoir une relation sexuelle avec Catherine à la suite d'une dispute comme moyen de se réconcilier. Catherine comprend que les troubles érectiles de Jean étaient liés à sa grande consommation et aide Jean à ne pas se sentir honteux. Chacun a ainsi gagné de l'empathie pour ce que peut vivre l'autre conjoint.

En séance, le thérapeute note et souligne au couple que les conjoints se touchent plus fréquemment. Catherine affirme qu'elle est maintenant capable de prendre la main de Jean pour souligner son soutien dans certains moments plus difficiles de la thérapie. Elle affirme alors qu'elle se sent moins blessée, plus en confiance depuis qu'elle comprend mieux ce que vit Jean. Plusieurs séances plus tard, Jean et Catherine annoncent au thérapeute qu'ils ont eu une relation sexuelle complète et chacun se dit satisfait et heureux de celle-ci. Il s'agit d'un grand progrès pour ce couple.

4.6. Les interventions visant le maintien à long terme des changements

Dans cette dernière phase de la thérapie, les apprentissages se consolident. Les conjoints apprennent à se soutenir et à se tourner vers l'autre plutôt que de dépendre du thérapeute. C'est le début du processus de la fin de la thérapie. Généralement, la thérapie peut se terminer lorsque la consommation est stable et les envies de consommer sont tolérables et gérables pour le consommateur. Un soutien social est également mis en place, ce qui permettra de maintenir la sobriété. Au niveau conjugal, les partenaires rapportent plus de satisfaction et le thérapeute est confiant que les conjoints possèdent suffisamment de ressources et d'habiletés pour résoudre leurs problèmes de façon constructive.

Le thérapeute poursuit deux objectifs pendant cette phase du traitement. Premièrement, préparer le couple à intervenir en cas de rechute. À ce stade, les clients devraient pouvoir identifier par eux-mêmes les signaux précurseurs ou déclencheurs de la rechute. Une entente est établie entre les conjoints quant aux conditions de consommation qui requièrent un retour en thérapie. Deuxièmement, le couple doit également se préparer aux étapes et aux crises normales du développement d'un couple sans avoir recours à la consommation et sans attribuer ces difficultés aux problèmes antérieurs de surconsommation.

Finalement, bien que la thérapie auprès des couples alcooliques soit limitée dans le temps, les connaissances actuelles sur l'importance de maintenir la sobriété et de prévenir les rechutes amènent chercheurs et cliniciens à adopter un modèle de suivi à plus long terme, mais de façon ponctuelle (Marlatt et Gordon, 1985 ; O'Farrell *et al*., 1998). Ainsi, après les séances intensives de thérapie conjugale, des séances de suivi sont offertes au couple. Le thérapeute espace les rencontres aux deux semaines, puis aux trois et quatre semaines pour ensuite revoir le couple aux trois mois. Durant ces séances, le thérapeute fait un suivi de la consommation, des enjeux conjugaux non résolus en thérapie ainsi que de ceux ayant pu émerger depuis la thérapie. Le couple peut également choisir de prendre rendez-vous avec le thérapeute à tout moment, ce qui est encouragé et perçu comme un signe de progrès plutôt qu'un échec thérapeutique.

À la fin de la séance de suivi, le thérapeute prend soin de reconnaître les efforts des conjoints, de souligner les gains maintenus et de négocier avec le couple les conditions de la prochaine rencontre, s'il y a lieu.

CONCLUSION

Pour la plupart des couples, la consommation d'alcool est associée aux moments de détente, de rapprochement et de célébration. C'est un plaisir qui favorise la bonne entente. Par ailleurs, lorsque la consommation de substances est inappropriée, elle fait tache d'huile dans plusieurs sphères de la vie de couple pour engendrer plusieurs problèmes de toute nature. Le rôle du thérapeute conjugal est de faire état des effets potentiellement délétères de la consommation inappropriée de substances sur la santé mentale et sur la dynamique des couples et de faire un bilan, pour chacun de ses clients, de leur consommation. Lorsque l'un des membres du couple ou les deux désirent réduire ou arrêter sa consommation, le thérapeute dispose d'un ensemble de moyens efficaces pour les aider à réaliser leurs objectifs. Réussir ensemble à modifier les interactions qui ont maintenu une consommation inappropriée exige une grande part de réciprocité de la part des deux conjoints. Les couples qui y parviennent ont la satisfaction d'avoir été capables de faire équipe pour s'améliorer comme personne et comme couple. Pour la très grande majorité de ceux-ci, la confiance, l'engagement et l'intimité s'en trouvent renforcés.

RÉFÉRENCES

Acier, D. et Nadeau, L. (2006). « La rémission sans traitement : état de la question pour une consommation problématique d'alcool », *Annales médico-psychologiques*.

American Psychiatric Association – Task Force on DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV* (4e éd.), Washington, American Psychiatric Association.

« AUDIT en français », *The Alcohol Use Disorders Identification Test*, <www.legeneraliste.fr/webfmc/alcool/Alcool3.htm>, consulté le 15 février 2006.

Babor, T.F., De La Fuente, J.R., Saunders, J. et Grant, M. (1992). « AUDIT : The Alcohol Use Disorders Identification Test », dans *Guidelines for Use in Primary Health Care*, Genève, World Health Organization, <whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf>, consulté le 17 janvier 2007.

Bertrand, K. et Nadeau, L.(2006). « Toxicomanie et inadaptation sociale grave : perspectives subjectives de femmes en traitement quant à l'initiation et la progression de leur consommation », *Drogues, Santé et Société*, *5*(1), p. 9-44, <www.drogues-sante-societe.org/vol5no1_txt.php?txtNo=2>.

Blume, S. (1992). « Alcohol and other drug problems in women », dans J.H. Lowinson *et al*. (dir.), *Substance Abuse : A Comprehensive Textbook* (2e éd.), Baltimore, Williams and Wilkins, p. 794-807.

Caetano, R., Nelson, S. et Cunradi, C. (2001). « Intimate partner violence, dependence symptoms and social consequences from drinking among white, black and Hispanic couples in the United States », *American Journal of Addiction, 10*, p. 60-69.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2004). *Directives de consommation d'alcool à faible risque ; Réduire les risques, c'est protéger sa vie,* <www.camh.net>, consulté le 22 décembre 2004.

Chanut, F., Brown, T.G. et Dongier, M. (2005). « Motivational interviewing and clinical psychiatry », *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, p. 15-21.

Chase, K.A. *et al*. (2003). « Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners », *Journal of Studies on Alcohol, 64,* p. 137-149.

Chermack, S.T. *et al*. (2001). « Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers », *Psychology of Addictive Behavior*, *15*, p. 140-151.

Clément, M.E. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, <www.cplt.com/publications/0699negdb.pdf>, consulté le 22 février 2006.

Cunningham, J. A. *et al*. (1995). « Resolution from alcohol problems with and without treatment : Reasons for change », *Journal of Substance Abuse*, *7*, p. 365-372.

Éduc'alcool (2005). *Les effets de la consommation modérée et régulière d'alcool*, 1997, révision en 2005, version intégrale, Montréal, Éduc'alcool, <www.educalcool.qc.ca/cgi/upimages/EducFiles/EDUC_broch_fr_Long.pdf>, consulté le 9 février 2006.

Edwards, M.E. et Steinglass, P. (1995). « Family therapy treatment outcomes for alcoholism », *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, p. 475-509.

Epstein, E.E. et McCrady, B.S. (1998). « Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders : Current status and innovations », *Clinical Psychology Review*, *18*, p. 689-711.

Epstein, E.E. et McCrady, B.S. (2002). « Couple therapy in the treatment of alcohol problems », dans A.S. Gurman et N.S. Jacobson (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (3e éd.), New York, Guilford, p. 597-628.

Fals-Stewart, W., Birchler, G.R. et O'Farrell, T.J. (1996). « Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients : Effects on relationship adjustment and drug-using behavior », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, p. 959-972.

First, M.B. *et al.* (2001). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P),* New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

George, W.H. et Stoner, S.A. (2000). « Understanding acute alcohol effects on sexual behaviour », *Annual Review of Sex Research*, *11*, p. 92-124.

Gravel, R., Connolly, D. et Bédard, M. (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* Santé mentale et bien-être, Statistique Canada, <www.statcan.ca :8096/bsolc/francais/bsolc ?catno=82-617-XIF>, consulté le 2 avril 2005.

Jacob, T., Dunn, N.J. et Leonard, K. (1983). « Patterns of alcohol abuse and family stability », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research, 7*, p. 382-385.

Jacob, T. et Leonard, K.E. (1988). « Alcoholic-spouse interaction as a function of alcoholism subtype and alcohol consumption interaction », *Journal of Abnormal Psychology, 97*, p. 231-237.

Jacob, T., Leonard, K.E. et Haber, J.R. (2001). « Family interactions of alcoholics as related to alcoholism type and drinking condition », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research,* 25, p. 835-843.

Kairouz, S.L. Nadeau, L. et Lo Siou, G. (2005). « Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Québec : A multilevel analysis », *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, p. 393-400, <www.cpa-apc.org/Publications/CJP/current/kairouz.asp>, consulté le 12 décembre 2006.

Klingemann, H.K.H *et al*., (2001). *Promoting Self-change from Problem Substance Use : Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*, Londres, Kluwer Academic.

Krestan, J.-A. et Bepko, C. (1988). « Alcohol problems and the family life cycle », dans B. Carter et M. McGoldrick (dir.), *The Changing Family Life Cycle : A Framework for Family Therapy* (2e éd.), p. 483-511.

Lamarche, P. et Nadeau, L. (2000). « Toxicomanie et misère sociale persistante », dans P. Brisson (dir.), *L'usage des drogues et la toxicomanie, volume III,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 103-118.

Leonard, K.E. et Jacob, T. (1997). « Sequential interactions among episodic and steady alcoholics and their wives », *Psychology of Addictive Behaviors, 11,* p. 18-25.

Longabaugh, R. *et al*. (1995). « Matching treatment focus to patient social investment and support : 18-month follow-up results », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, p. 296-307.

Maisto, S.A., McKay, J.R. et O'Farrell, T.J. (1995). « Relapse precipitants and behavioral marital therapy », *Addictive Behaviors, 20*, p. 383-393.

Marlatt, G.A. et Gordon, J.R. (dir.) (1985). *Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors,* New York, Guilford.

McCrady, B.S. et Epstein, E.E. (1995). « Marital therapy in the treatment of alcohol problems », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy,* New York, Guilford, p. 369-393.

McKay, J.R. *et al*. (1993). « Does adding conjoint therapy to individually focused alcoholism treatment lead to better family functioning ? », *Journal of Substance Abuse, 5*, p. 45-59.

Miller, W.R. (1985). « Motivation for treatment : A review with special emphasis on alcoholism », *Psychological Bulletin, 98*, p. 84-107.

Miller, W.R. (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment : Treatment Improvement Protocol (TIP) Series*, Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, No. (SMA), p. 99-3354.

Miller, W.R., Meyers, R.J. et Tonigan, J.S (1999). « Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems : A comparison of three strategies for intervention through family members », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, p. 688-697.

Miller, W.R. et Rollnick, S. (dir.) (1991). *Motivational Interviewing : Preparing People to Change Addictive Behavior,* New York, Guilford.

Miller, W.R., Tonigan, J.S. et Longabaugh, R. (1995). « The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) : An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse », dans *NIAAA Project MATCH Monograph Series* (Vol. 4), Bethesda, MD, U.S. Department of Health and Human Services.

Morgenstern, J., Langenbucher, J. et Labouvie, E.W. (1994). « The generalizability of the dependence syndrome across substances : An examination of some properties of the proposed DSM-IV dependence criteria », *Addiction*, *89*, p. 1105-1113.

Mueser, K.T., Drake, R.E. et Wallach, M.A. (1998). « Dual diagnosis : A review of etiological theories », *Addictive Behavior*, *23*, 717-734.

Mueser, K.T. *et al.* (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders : A Guide to Effective Practice,* New York, Guilford.

Nadeau, L., Truchon, M. et Biron, C. (2000). « High risk sexual behaviours in a context of substance abuse : A focus group approach », *Journal of Substance Abuse Treatment, 19,* p. 1-10.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (1999). *Alcohol Alert, No. 43 : « Brief Intervention for Alcohol Problems »,* Bethesda, MD : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, <pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa43.htm>, consulté le 22 juin 2002.

O'Farrell, T.J. (1986). « Marital therapy in the treatment of alcoholism », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Marital Therapy,* New York, Guilford.

O'Farrell, T.J. (1993a). « A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses », dans T.J. O'Farrell (dir.) *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Intervention*, New York, Guilford, p. 170-209.

O'Farrell, T.J. (1993b). « Couple relapse prevention sessions after behavioral marital therapy couples group program », dans T.J. O'Farrell (dir.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions,* New York, Guilford, p. 305-350.

O'Farrell, T.J. (1994). « Marital therapy and spouse-involved treatment with alcoholic patients », *Behavior Therapy, 25*, p. 391-406.

O'Farrell, T.J. et Fals-Stewart, W. (1999). « Treatment models and methods : Family models », dans B.S. McCrady et E.E. Epstein (dir.), *Addictions : A Comprehensive Guidebook,* New York, Oxford University Press, p. 287-305.

O'Farrell, T.J. et Fals-Stewart, W. (2003). « Alcohol abuse », *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, p. 121-146.

O'Farrell, T.J. et Rotunda, R.J. (1997). « Couples interventions and alcohol abuse », dans W.K. Halford et H.J. Markman (dir.), *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions,* Hoboken, NJ, Wiley, p. 555-588.

Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1992). « The transtheoretical approach », dans J.C. Norcross et M.R. Goldfried (dir.), *Handbook of Psychotherapy Integration,* New York, Basic Books, p. 300-334.

Roberts, L.J. et Leonard, K.E. (1997). « Gender differences and similarities in the alcohol and marriage relationship », dans R.W. Wilsnack et S.C. Wilsnack (dir.), *Gender and Alcohol : Individual and Social Perspectives,* Piscataway, NJ, Rutgers Center of Alcohol Studies, p. 289-311.

Roberts, L.J. et McCrady, B.S. (2003). *Alcohol Problems in Intimate Relationships : Identification and Intervention. A Guide for Marriage and Family Therapists,* Bethesda, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, <pubs.niaaa.nih.gov/publications/niaaa-guide>, consulté le 22 février 2006.

Ross, H.E., Glasser, F.B. et Stiasny, S. (1988). « Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems », *British Journal of Addiction, 83*, p. 1179-1192.

Saint-Jacques, M. *et al*. (2006). « The coherence of reports of couple violence with male partners in addiction treatment », *Family Violence and Sexual Assault Bulletin, 22*, p. 5-13.

Santé Canada (2002). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et de l'alcoolisme et de toxicomanie/Best Practices – Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders,* <www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/publications/index.htm#public_treatment>, consulté le 12 juillet 2003.

Santé mentale au Québec (2001). *Numéro thématique : Dossier – Les doubles diagnostics*, *26*(2), <rsmq.cam.org/smq/revues/v26n2.htm>, consulté le 16 janvier 2007.

Selzer, M.L. (1971). « The Michigan alcoholism screening test : The quest for a new diagnostic instrument », *American Journal of Psychiatry, 127*, p. 1653-1658.

Sobell, M.B. et Sobell, L.C. (1999). « Stepped care for alcohol problems : An efficient method for planning and delivering clinical services », dans J.A. Tucker *et al.* (dir.), *Changing Addictive Behavior : Bridging Clinical and Public Health Strategies,* New York, Guilford, p. 331-343.

Sommer, R., Barnes, G.E. et Murray, R.P. (1992). « Alcohol consumption, alcohol abuse, personality and female perpetrated spouse abuse », *Personality and Individual Differences, 13,* p. 1315-1323.

Steinglass, P. (1992). « Family systems approaches to the alcoholic family : Research findings and their clinical applications », dans S. Saitoh *et al.* (dir.), *Alcoholism and the Family,* Philadelphie, Seiwa Shoten, Brunner/Mazel, Inc., p. 155-171.

Steinglass, P. (1999). « Family therapy : Alcohol », dans M. Galanter et H.D. Kleber (dir.), *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment* (2e éd.), Washington, American Psychiatric Press.

Tjepkema, M. (2004). « Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites », *Rapport sur la santé, 15*, p. 45-50, Ottawa, Statistique Canada, catalogue no 82-003-XIF.

Tonigan, J. et Miller, W.R. (2002). « The Inventory of Drug Use Consequences (InDUC) : Test-retest stability and sensitivity to detect change », *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, p. 165-168.

Van Bree, G.L. (1995). « Treating the alcoholic couple », dans S. Brown et I.D. Yalom (dir.), *Treating Alcoholism,* San Francisco, Jossey-Bass.

Wetchler, J.L. *et al*. (1993). « Systemic couples therapy for alcohol-abusing women », dans T.J. O'Farrell (dir.), *Treating Alcohol Problems : Marital and Family Interventions,* The Guilford substance abuse series, New York, Guilford, p. 236-260.

Wilsnack, S.C. *et al.* (1997). « Childhood sexual abuse and women's substance abuse : National survey findings », *Journal of Studies on Alcohol, 58*, p. 264-271.

CHAPITRE

13

COUPLES ET DÉPRESSION[1]
Évaluation et intervention

Claude Bélanger, Ghassan El-Baalbaki, Andréa G. Leduc et James Coyne

Ce chapitre décrit la problématique de la détresse maritale avec une dépression majeure comorbide. Nous examinerons d'abord les liens d'interfécondation entre les relations interpersonnelles et maritales et la dépression majeure. Les principaux écrits scientifiques portant sur les thérapies maritales en présence de la dépression seront ensuite recensés et comparés par rapport à leur efficacité. Certaines stratégies pour l'évaluation des couples et un arbre de décision seront ensuite proposés. Certaines recommandations pour la thérapie seront apportées et un processus de prise de décision sera examiné vis-à-vis le type de

1. Nous aimerions remercier la Dre Nili Benazon pour sa rétroaction lors de la préparation de ce chapitre, et pour ses précieuses suggestions qui ont su bonifier les composantes cliniques de la problématique à l'étude.

thérapie à privilégier. Dans les cas où la détresse conjugale est importante, la thérapie maritale comportementale (TMC) sera suggérée comme traitement de choix pour la détresse conjugale coexistante avec la dépression (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990). Si la détresse maritale est légère et que l'un des conjoints souffre de dépression, l'intervenant pourra privilégier la thérapie de couple pour la dépression (TCD, Cordova et Gee, 2002).

Un thérapeute qui évalue un couple en détresse a de bonnes chances de voir l'un des partenaires cliniquement déprimé. Les écrits scientifiques signalent à cet égard que presque 50 % des femmes déprimées sont maritalement insatisfaites et qu'environ 50 % des femmes insatisfaites maritalement sont déprimées (Beach *et al.*, 1985, 1990). D'une part, étant donné le caractère épisodique et souvent récurrent de la dépression, les problèmes conjugaux peuvent être les précurseurs d'un épisode dépressif, le déclencher et influencer son évolution. D'autre part, une dépression antérieure au mariage peut contribuer aux problèmes conjugaux actuels. De plus, les symptômes dépressifs peuvent générer un stress marital, une discorde conjugale et entraîner le divorce (Davila *et al.*, 1997).

Même s'il sera démontré que la thérapie maritale est efficace pour réduire de manière significative la symptomatologie dépressive[2], notre but n'est pas de présenter la thérapie maritale comme stratégie de traitement pour la dépression. Notre objectif est plutôt de montrer quelles sont les avenues d'intervention possibles et efficaces pour un thérapeute conjugal qui a pour mandat premier d'améliorer la qualité de la relation maritale quand il soupçonne et détecte la présence de la dépression chez l'un ou l'autre des partenaires. En démontrant qu'une meilleure qualité de la relation maritale est associée à une amélioration de la dépression (Hickie et Parker, 1992), nous espérons renforcer la confiance des intervenants dans les qualités de la thérapie conjugale pour soulager la détresse maritale concomitante à la dépression. Il pourra en outre être démontré que les gains observés au niveau de la qualité de la relation maritale peuvent contribuer à l'amélioration de cette problématique.

1. LA DÉPRESSION

1.1. Prévalence et définition

La dépression touche annuellement près de cent millions de personnes dans le monde (Beach et Jones, 2002) et affecte tous les milieux socioéconomiques et toutes les tranches d'âge. Le risque à vie d'avoir une dépression majeure varie entre 10 % et 25 % pour les femmes et 5 % à 12 % pour les hommes (American Psychiatric Association, 2000).

2. Le présent chapitre ne tient compte que de la dépression majeure et de la dysthymie. Les troubles de l'humeur bipolaire ou avec caractéristiques psychotiques ne sont pas abordés.

Les troubles de l'humeur hypothèquent négativement et de façon extrême l'humeur et le fonctionnement du sujet atteint. Les dysfonctions sont multiformes et peuvent être associées soit à un épisode unique (épisode de dépression majeure), soit à des problèmes dépressifs récurrents (trouble de dépression majeure). La personne qui souffre de dépression majeure doit présenter pendant une même période de deux semaines une humeur dépressive et/ou une diminution généralisée de l'intérêt/plaisir pour les activités quotidiennes. Elle doit en outre présenter au moins quatre symptômes parmi les sept suivants : 1) perte ou gain de poids significatif, 2) insomnie ou hypersomnie, 3) agitation ou ralentissement psychomoteur, 4) fatigue ou perte d'énergie, 5) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, 6) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision, 7) pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes, tentatives de suicide. Ces symptômes ne doivent pas être imputables à un deuil, à une maladie, ou aux effets secondaires d'un médicament. Ils doivent finalement s'accompagner d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement (American Psychiatric Association, 2000).

Le diagnostic de trouble dysthymique sera posé lorsque le trouble de l'humeur prend une teinte plus chronique, où la personne présente une humeur dépressive une majorité du temps et ce, depuis au moins deux ans. Si l'humeur se rétablit, la période asymptomatique ne devrait pas dépasser deux mois. Il est à noter que les symptômes de dépression seront alors présents, mais à un niveau moindre (American Psychiatric Association, 2000).

1.2. Facteurs de risque généraux

Plusieurs études montrent que la dépression est la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs de risques (Tokuyama *et al.*, 2003). Une étude effectuée en 1969 auprès d'une population clinique (Paykel *et al.,* dans Berg-Cross, 1997) évalue la nature des événements de vie stressants pouvant précipiter la dépression. Les stresseurs sont classés selon leur degré d'impact et en fonction des perturbations générées, tant positivement que négativement. Les stresseurs en lien avec le mariage, la famille et la santé composent 66 % des facteurs précipitants.

La revue des écrits portant plus spécifiquement sur les liens entre la dépression et le mariage ne fait pas ressortir de relations causales claires, quoiqu'un lien bidirectionnel solide existe. Certaines recherches ont établi le mariage comme un facteur de risque pour la dépression, spécialement pour les femmes (Bernard, 1972 et Hafner, 1986 dans O'Leary, 2002). D'autres études citées par Whisman (2001) montrent que le risque d'incidence et de récurrence de la dépression majeure est plus faible chez les personnes mariées que chez les personnes divorcées, séparées ou célibataires. Toutefois l'existence des troubles maritaux augmente jusqu'à 25 fois le risque de la dépression (Weissman, 1987) et des troubles de l'humeur (Whisman et Bruce, 1999). C'est donc une relation maritale hypothéquée et non le mariage en lui-même qui semble être un facteur de risque majeur de la dépression (Beach *et al.*, 1990 ; Weissman, 1987).

La recherche montre que les événements humiliants qui affectent la relation conjugale, ceux qui diminuent l'estime de soi, et les événements qui rendent l'abandon de la relation difficile (p. ex., un enfant avec une maladie grave et chronique, etc.) sont des prédicteurs de la dépression (Brown *et al.*, 1995). L'impact de ces types de problèmes peut avoir des conséquences plus importantes sur le déclenchement ou l'exacerbation des symptômes dépressifs, en comparaison avec les difficultés chroniques chez le couple comme le manque de communication, d'affection ou de soutien, et la divergence d'opinions par rapport à l'éducation des enfants (O'Leary, 2002).

La vulnérabilité à la dépression et à sa récurrence peut en outre influencer la façon qu'ont les individus de gérer leur vie. Ceux-ci peuvent être amenés à éviter tout échec ou peuvent se montrer dans l'incapacité de répondre aux exigences associées aux relations intimes. Paradoxalement, ce comportement d'évitement de l'intimité entraîne une diminution des ressources susceptibles de les protéger contre les rechutes et constitue ainsi un facteur de risque (Coyne et Calarco, 1995, dans Coyne et Benazon, 2001).

1.3. Les variables personnelles et interpersonnelles en jeu dans la dépression

Il existe un lien entre la dépression et les difficultés sur le plan des habiletés sociales. Les personnes déprimées évaluent leurs habiletés sociales comme plus faibles. De la même manière, leur entourage les évalue plus négativement à ce niveau. Toutefois, le négativisme dans leurs interactions sociales semble moins se manifester avec les étrangers qu'en couple. Avec leurs partenaires, les échanges sont de part et d'autre plus colériques, moins coopératifs et plus asymétriques (Hautzinger *et al.*, 1982). Ces patrons relationnels problématiques se superposent, au sein de la relation maritale, à plusieurs dysfonctions présentes au niveau de la communication chez les personnes déprimées. En effet, leurs expressions faciales sont moins animées, il y a moins de contact visuel (Segrin, 1992) et plus de comportements non verbaux discordants pour l'interlocuteur et incompatibles avec le contenu verbal (Ranelli et Miller, 1981 ; Troisi et Moles, 1999). Ces variables interpersonnelles présentes dans la dépression ne peuvent toutefois être interprétées seulement comme étant dues à l'effet de la dépression. En effet, il est possible que certaines personnes, surtout si elles sont introverties, soient plus sensibles à des problèmes interpersonnels particuliers. Elles trouvent en conséquence les interactions sociales plus difficiles et aversives. Ceci aurait pour effet une diminution de la socialisation et du soutien social, avec comme conséquence un seuil plus faible à la réponse dépressive (Berg-Cross, 1997 ; Hammen *et al.*, 2000). Les personnes déprimées ont donc tendance à rechercher les réactions et les rétroactions négatives et à provoquer la critique. Ainsi, les personnes qui s'entourent de gens qui les évaluent négativement et celles dont la frustration est engendrée par la dépendance et l'inhibition interpersonnelle excessive peuvent voir augmenter le risque d'expérience de rejet interpersonnel, diminuer

le soutien social et le renforcement social positif et apparaître un sentiment de culpabilité. Ces facteurs contribuent au cycle des symptômes dépressifs et du stress qui déclenchent, maintiennent et prédisent la récurrence de la dépression (Joiner, 2002).

2. LA DÉPRESSION ET LA DÉTRESSE MARITALE

Coyne et Benazon (2001) rapportent plusieurs études qui concluent que le fait d'être marié est associé à un meilleur bien-être psychologique, une meilleure santé et une plus grande longévité. Les avantages du mariage se limiteraient aux couples satisfaits. En effet, les individus maritalement satisfaits sont plus heureux que les célibataires, ils résistent mieux aux événements stressants et succombent moins à la dépression (Weissman, 1987). Par contre, les hommes et les femmes au sein de mariages dysfonctionnels rapportent jusqu'à 10 fois plus de symptomatologie dépressive que ceux issus de mariages satisfaisants (Christian *et al.*, 1994 ; O'Leary *et al.*, 1994), alors que la séparation d'une relation dysfonctionnelle améliore l'état de santé mentale de la personne déprimée (Hickie et Parker, 1992). Whisman (2001) rapporte que les symptômes dépressifs sont négativement associés à la qualité de la relation maritale, et cette association est significativement plus élevée pour les femmes. D'après Gotlib et ses collègues (1998), les personnes dépressives se marieraient plus tôt et plus hâtivement que d'autres, dans l'espoir de résoudre des problèmes en lien avec leur dépression (p. ex., insécurité, faible estime de soi, retrait social, faible intimité, dépendance, etc.).

Après une séparation, le risque est plus élevé pour les hommes de développer un premier épisode de dépression majeure, alors que pour les femmes les risques de récurrence d'une dépression sont plus grands. Des chercheurs ont par ailleurs trouvé que les conjointes d'hommes déprimés percevaient moins bien la qualité de leur relation maritale que celles du groupe contrôle et que les hommes dont l'épouse est dépressive (Dudek *et al.*, 2001). L'explication avancée est que les hommes, comparativement aux femmes, pourraient réagir à leur propre dépression en dénigrant la relation ou en s'en retirant (Fincham *et al.*, 1997 ; Spangler *et al.*, 1996). D'autres études montrent qu'après la rémission de leur dépression, les hommes ont moins d'interactions négatives avec leurs épouses, alors que les femmes en rémission continuent à exprimer des affects négatifs et à montrer des niveaux importants de tension (Hinchliffe *et al.*, 1978). Bothwell et Weissman (1977) observent à cet égard que les femmes remises d'un trouble de l'humeur continuent à rapporter une insatisfaction maritale. L'hypothèse selon laquelle la relation causale entre la dépression et les difficultés maritales puisse être reliée au sexe du partenaire semble donc trouver une certaine validation empirique.

Les individus vivant avec une personne déprimée sont souvent importunés par leurs symptômes dépressifs et sont ambivalents à propos du dysfonctionnement qui en résulte. Même s'ils sont capables d'attribuer une origine organique aux difficultés de la personne déprimée, ils la blâment souvent pour ses problèmes (Benazon et

Coyne, 2000 ; Coyne *et al.*, 1987). Il a par ailleurs été démontré que les émotions, l'humeur et les symptômes dépressifs sont contagieux et qu'ils sont en lien avec la présence observée d'une détresse psychologique chez les amis et les membres de la famille. Cet impact est si intense que près de 40 % des proches qui vivent avec une personne déprimée ont recours à des soins cliniques (Benazon et Coyne, 2000 ; Coyne *et al.*, 1987). Dans le même ordre d'idées, Dudek *et al*. (2001) ont trouvé que les épouses d'hommes déprimés présentent plus de symptomatologie dépressive, de patrons dépressifs et de distorsions cognitives dépressogènes.

De plus, les recherches montrent qu'en présence de dépression chez l'un des partenaires, les habiletés de résolution de problèmes du couple sont affectées. Les partenaires centrent davantage leurs interactions autour des sentiments dysphoriques et des symptômes dépressifs. Ils alimentent ainsi un sentiment d'impuissance, car ils ne se centrent pas sur leurs problèmes relationnels et sont de ce fait portés à avoir des comportements de retrait. Au sein de ces couples, les conjointes déprimées perçoivent leurs époux comme plus dominants et sont davantage influencées par leurs opinions. Elles trouvent leurs interactions moins amicales et plus hostiles (Hautzinger *et al*., 1982 ; McCabe et Gotlib, 1993). Ce comportement de retrait-soumission ne règle cependant pas le problème pour la femme et peut maintenir sa frustration. D'autre part, en raison de l'impuissance qu'ils vivent par rapport à leurs difficultés, les conjoints non déprimés ressentent plus de tristesse, de détachement et de méfiance après avoir tenté sans succès de résoudre leurs problèmes (Kahn *et al.*, 1985 ; Ruscher et Gotlib, 1988).

L'insatisfaction conjugale est fortement liée à un faible sentiment de cohésion dans le couple (Beach *et al.*, 1988 ; Billings et Moos, 1985), ce qui prédit les symptômes dépressifs (Monroe *et al.*, 1986). Des recherches montrent que les symptômes dépressifs génèrent et augmentent la détresse conjugale, qui à son tour augmente l'acuité de la dépression et la maintient (Davila *et al*., 1997). De plus, les comportements de soutien manifestés par les épouses déprimées envers leurs partenaires et la perception qu'elles ont du soutien offert par ceux-ci face à un problème sont d'autant plus négatifs que leurs symptômes dépressifs sont importants.

Par ailleurs, la qualité plutôt que la quantité du soutien affectif et émotionnel que les partenaires sains offrent à leurs partenaires déprimés s'avère une protection efficace contre l'acuité des symptômes dépressifs (Billings et Moos, 1985). Par exemple, l'écoute, la validation positive, l'encouragement, la manifestation de l'amour, le fait de rassurer sont plus importants qu'une prise en charge, par le partenaire sain, de toutes les tâches ménagères pour libérer sa conjointe déprimée. Toutefois, même avec un conjoint soutenant, Beach et ses collaborateurs (1986) insistent sur l'importance pour le sujet déprimé d'avoir un réseau social de soutien en dehors du couple, pour éviter que le mariage ne suffoque.

Plusieurs facteurs expliquent donc la détérioration de la relation conjugale en présence de la dépression dans le couple. Notons principalement : *a)* le réseau social limité des personnes déprimées, où les habiletés sociales et les relations interpersonnelles sont caractérisées par l'insatisfaction, une faible intimité et une baisse de participation aux activités grégaires (Joiner *et al.*, 1992, 1993) ; *b)* la perturbation des habiletés de résolution de problèmes dans le couple ; *c)* le fait qu'il est difficile pour un époux déprimé d'être aimant, impliqué, sympathique et gai ; *d)* le fait que le conjoint sain doit transiger avec le négativisme, les conversations pessimistes, le manque d'énergie, et la libido diminuée de la personne déprimée (Beach *et al.*, 1990 ; Gotlib et Beach, 1995). Or, l'insatisfaction maritale et la dépression chez l'un ou l'autre des partenaires peuvent s'interféconder et donner naissance à la discorde dans le couple. Celle-ci affecte négativement la communication, induit l'hostilité et un affect négatif (Halloran, 1998). La détérioration de la relation alimente donc la dépression, qui elle-même alimente la détresse conjugale. Un cercle vicieux est ainsi établi.

Comme le note Berg-Cross (1997), certains parallèles peuvent donc être établis entre l'insatisfaction conjugale et la dépression. Ces deux problématiques se présentent avec une variété d'états émotionnels négatifs. Sur un plan comportemental, les deux problèmes sont associés à un sentiment de cohésion faible, à un déficit au niveau des habiletés sociales, de communication et de résolution de problèmes. Les conjoints auront de ce fait tendance à recourir à des comportements coercitifs, aversifs et négatifs. Et finalement, au plan cognitif, les couples en détresse et les individus déprimés feront preuve d'impuissance acquise (Seligman, 1974) qui se manifeste par la croyance que les problèmes sont trop complexes pour être résolus et que les ressources personnelles pour y faire face sont inadéquates.

3. L'ÉVALUATION DES COUPLES PRÉSENTANT UNE PROBLÉMATIQUE DE DÉPRESSION

Le thérapeute évaluera d'abord le fonctionnement général du couple en dehors du contexte et des problèmes spécifiques associés au problème dépressif (voir le chapitre 3 pour une procédure d'évaluation conjugale détaillée). L'histoire de la relation de couple est ici mise en perspective, avec une emphase particulière sur ses patrons de communication, sur ses facteurs de cohésion et de dissension, et sur les forces et les faiblesses qui sont les principaux marqueurs de la relation (p. ex., la gestion des conflits et les stratégies de résolution de problèmes). Il pourrait aussi être utile de discuter de son réseau de soutien social et, de façon plus générale, des interactions des partenaires avec les personnes de leur réseau personnel et professionnel.

En raison de son impact sur le fonctionnement du couple, la présence potentielle de problèmes dépressifs doit ensuite être vérifiée lors de l'évaluation. Le cas échéant, on établit les antécédents de la personne dépressive en portant une attention particulière à la fonction et à l'impact des symptômes dans la relation. Lors de cette évaluation, le

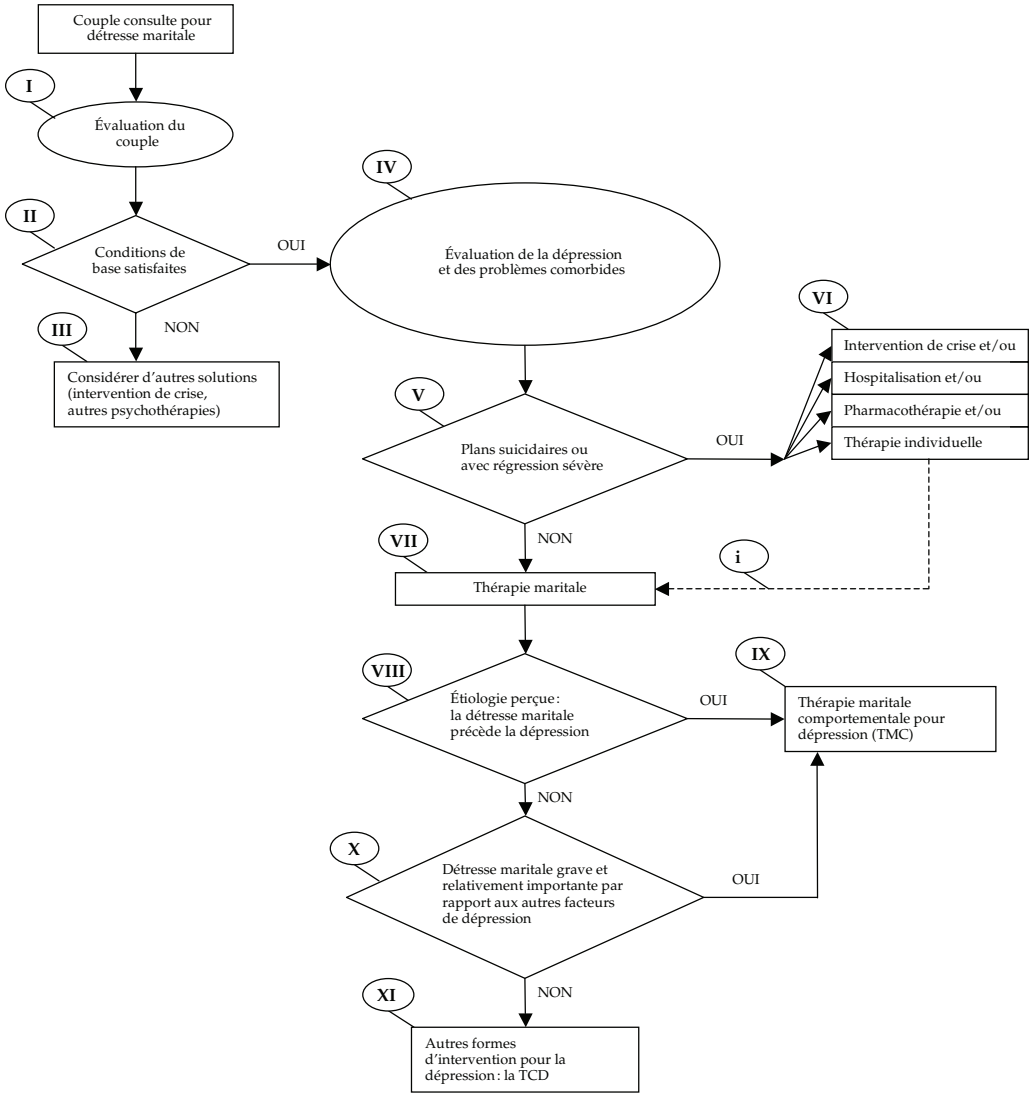
clinicien tente plus particulièrement d'établir la chronologie de l'apparition des problèmes dépressifs, d'une part, et des problèmes maritaux, d'autre part. L'objectif est ici de comprendre la séquence d'apparition des problèmes et plus spécifiquement si la détresse maritale a précédé la dépression ou si, au contraire, elle en est une conséquence. Lors de cette évaluation, les différents traitements antérieurs ou actuels pour la dépression sont recensés et leur efficacité est évaluée : médication antidépressive, traitement individuel, etc. Les facteurs précipitants (p. ex., stresseurs, échecs), les facteurs associés au maintien du problème (p. ex., évitement de certaines responsabilités aux niveaux personnel ou professionnel) et ceux qui sont perçus comme pouvant avoir une fonction de prévention (p. ex., soutien social) sont de plus abordés. Afin de mieux mesurer l'ampleur des symptômes, le clinicien peut en outre avoir recours à certains questionnaires en complément de l'entrevue clinique. Plusieurs tests sont disponibles à cette fin, le plus connu et le plus utilisé étant sans doute l'inventaire de dépression de Beck (Beck, Steer et Brown, 1996).

Dans le cas où un trouble dépressif peut être diagnostiqué, le thérapeute doit ensuite évaluer l'impact et le rapport coûts-bénéfices de ce trouble au sein du couple. Outre l'évaluation spécifique de la problématique conjugale, il convient donc d'effectuer ici une analyse fonctionnelle du rôle et de l'impact du trouble de l'humeur au sein de la relation conjugale, afin de tenir compte du fonctionnement global du couple. Cette analyse peut se baser sur certaines inférences effectuées par le thérapeute à partir de ses observations cliniques. Ce dernier peut aussi demander aux conjoints de s'engager dans des échanges où ils discutent de la fonction de la dépression au sein du couple. Ces interactions feront l'objet d'une observation des comportements de résolution de problèmes et des stratégies interactionnelles centrées sur le problème. Une cotation standardisée de ces échanges (Bélanger *et al.*, 1993) pourrait aussi être effectuée. Ces différentes stratégies de mesure ont pour objectif de dégager les principales tactiques communicationnelles du couple, de même que l'impact du trouble dépressif au niveau de la relation. Il convient finalement d'évaluer les conséquences de la dépression sur la famille et sur les enfants ou, au contraire, l'effet des relations familiales sur l'exacerbation de la dépression.

Le processus d'évaluation des couples tel que décrit peut être conceptualisé et mené en se servant de l'arbre de décision ci-dessous. L'objectif ultime de cette démarche évaluative est de dégager les principales lignes directrices pouvant permettre d'orienter la prise de décisions pour l'intervention.

Lorsque les conjoints consultent en thérapie conjugale, le thérapeute effectue avant toute chose une évaluation exhaustive du couple et de la problématique dyadique tel que suggéré. Il évalue les difficultés et les forces chez les partenaires, et ceci en fonction de leurs requêtes et des motifs de la consultation (I). Cette évaluation sert à établir que les conditions de base pour une intervention maritale sont satisfaites. Les partenaires doivent rapporter une détresse maritale importante, des difficultés de

FIGURE 13.1
Arbre de décision pour l'évaluation des couples présentant une dépression comorbide



communication et de résolution de problèmes, et différentes sphères d'insatisfaction ou de conflits. Leur motivation doit en outre être suffisante et ils ne doivent pas présenter d'intentions cachées propres à hypothéquer leur motivation pour le changement (II).

À la suite de cette évaluation, il faut parfois en référer à d'autres formes de traitement (III). Certaines problématiques pourraient ainsi justifier une référence pour une intervention plus appropriée : les situations de crise (intervention de crise ou hospitalisation au besoin), une problématique personnelle prédominante combinée à la réticence de l'un des partenaires à s'engager en thérapie de couple (thérapie individuelle). L'intervention conjugale serait en outre proscrite pour les couples chez qui il y a : 1) violence physique ; 2) abus de substances non prescrites (drogues ou alcool) sans intention ferme et ouverte de traiter le problème ; 3) présence d'une relation extraconjugale en cours sans intention ferme et ouverte d'y mettre fin ; 4) refus de parler des problèmes personnels ou conjugaux en présence du conjoint ; 5) difficulté importante pour le thérapeute à contenir la colère des conjoints durant les séances ; 6) faible niveau d'engagement et faible motivation pour le changement.

Si les conditions de base sont satisfaites et que l'intervention auprès du couple demeure l'option à privilégier, le thérapeute procède à l'évaluation individuelle des conjoints. Lors de cette évaluation, le thérapeute brosse un bref tableau de leur fonctionnement personnel et interpersonnel. Il s'assure en outre que les partenaires ne souffrent pas de problématiques pouvant avoir un impact sur l'intervention conjugale. Si lors de cette évaluation l'intervenant identifie la présence de dépression chez l'un des partenaires, il procède alors à l'évaluation de la sévérité des symptômes dépressifs et des facteurs de comorbidité éventuels (IV). Si cette évaluation de la dépression laisse apparaître la présence d'idéations suicidaires importantes et que la personne formule des plans suicidaires précis, avec mise en place de moyens spécifiques pour passer à l'acte (V), le thérapeute effectue une évaluation plus approfondie du risque suicidaire ; il peut à cette fin se servir de certaines échelles d'évaluation du risque suicidaire comme la Suicide Probability Scale (Cull et Gill, 1982). Si le risque suicidaire est considéré comme moyen ou élevé, la thérapie de couple est mise en veilleuse et une référence pour une intervention de crise (hospitalisation et/ou médicamentation) est priorisée, suivie au besoin d'une thérapie individuelle (VI). Une intervention conjugale (VII) pourrait suivre quand le risque suicidaire n'est plus présent ou, à la limite, très faible (i). Il en est de même quand la dépression est très grave, au point d'amener un niveau de régression assez avancé, même en l'absence de risque suicidaire. De plus, si le partenaire déprimé a des antécédents de dépression sévère ou récurrente, une pharmacothérapie concurrente à la thérapie maritale doit être envisagée.

Une fois l'acuité de la dépression évaluée et la possibilité d'entreprendre ou de reprendre une thérapie maritale vérifiée (VII), le clinicien procède à l'évaluation de l'étiologie de la dépression (voir ci-haut) (VIII).

Le thérapeute tentera d'établir d'après les déclarations des conjoints une chronologie de l'apparition des deux problématiques. L'objectif est ici de déterminer lequel de ces deux problèmes a précédé l'autre pour en devenir la cause. Si le conjoint déprimé perçoit ses problèmes conjugaux comme les précurseurs de sa dépression et si la détresse conjugale est importante, la thérapie maritale comportementale pour dépression (TMC) est, comme on le verra, indiquée (IX). Par contre, si la dépression est perçue comme le précurseur de la détresse maritale, nous proposons une évaluation de la gravité de cette dernière (voir le chapitre 2) (X). Si l'évaluation de la gravité de la détresse maritale (X) montre une détresse maritale légère et la présence d'une dépression significative, le recours à la thérapie de couple pour la dépression (TCD) est alors recommandé (XI). Cette thérapie implique, comme nous le verrons plus loin, une intervention d'aide assistée par le conjoint sain, qui devient alors pair aidant, et, au besoin, une thérapie de soutien pour ce dernier.

4. L'INTERVENTION DE COUPLE LORSQUE L'UN DES PARTENAIRES SOUFFRE DE DÉPRESSION

Un modèle d'intervention pour le traitement de la détresse maritale concomitante avec la dépression d'un des conjoints est proposé. Ce modèle est issu des résultats des recherches qui ont évalué l'impact de différents traitements maritaux sur la dépression dans le couple et sur la satisfaction conjugale. Par ailleurs, nous tenterons aussi de répondre aux questions suivantes : Serait-il nécessaire de savoir si la détresse maritale résulte de la dépression ou l'inverse ? Y a-t-il des limites (indications et contre-indications) à l'intervention de couple en présence de la dépression ? Le traitement individuel de la dépression peut-il améliorer la satisfaction conjugale ? Le niveau de détresse maritale a-t-il un impact sur le style d'intervention conjugale pour la dépression ?

4.1. Une comparaison des traitements : ce qu'en dit la recherche

Dans une revue des écrits scientifiques, Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto et Stickle (1998) ont évalué l'efficacité des traitements de couples chez des partenaires présentant des problèmes de santé mentale incluant les troubles anxieux, la dépression, les dysfonctions sexuelles, l'alcoolisme et la schizophrénie. Plusieurs modalités d'intervention conjugale et familiale sont évaluées selon un gradient d'efficacité et de spécificité. Même si elles donnent dans l'ensemble de meilleurs résultats qu'un non-traitement dans l'amélioration de la qualité et de la satisfaction conjugale, toutes ne sont pas également efficaces et spécifiques dans le traitement de la dysfonction maritale. La thérapie centrée sur l'émotion pour les couples (EFT, *emotionally focused therapy for couples*, voir le chapitre 5) peut être considérée efficace pour les couples présentant une détresse de légère à modérée et elle peut être spécifique. La thérapie maritale comportementale (TMC), qui a pour objectifs l'augmentation des comportements positifs et des récompenses entre les partenaires, la réduction de la fréquence des interactions aversives et

l'amélioration de la communication et des habiletés de résolution de problèmes, s'avère à la fois efficace et spécifique dans les cas assez graves au plan de la détresse maritale (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto et Stickle, 1998).

Qu'en est-il donc de l'efficacité des thérapies conjugales en général ? Est-il possible de réduire de façon efficace les symptômes dépressifs en ciblant les problèmes conjugaux qui les accompagnent ? Pour répondre à cette question, deux formes de thérapie conjugale seront abordées : 1) la thérapie maritale comportementale (TMC) ; 2) la thérapie de couple pour la dépression (TCD), qui cible, tel qu'il sera détaillé plus loin, la dépression même quand la détresse maritale n'est pas significative, en engageant le conjoint comme pair aidant.

Plusieurs études montrent que la thérapie maritale comportementale (TMC) est aussi efficace que la thérapie cognitive individuelle pour la réduction des symptômes dépressifs, avec l'avantage qu'elle améliore significativement la satisfaction conjugale (Beach et O'Leary, 1992 ; Emanuels-Zuurveen et Emmelkamp, 1996 ; O'Leary et Beach, 1990). Beach et O'Leary (1992) ont montré que le changement au niveau de la satisfaction maritale induit par le traitement conjugal explique l'amélioration des symptômes de dépression. Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling *et al*. (1991) ont trouvé les mêmes résultats chez les couples en détresse conjugale, mais pas chez les couples satisfaits. Chez ces derniers, la thérapie cognitive individuelle serait plus efficace dans la réduction des symptômes de la dépression que ne l'est la thérapie maritale comportementale. Une équipe de recherche a comparé les deux traitements à une thérapie combinée afin de vérifier si les résultats sont meilleurs tant pour la dépression que pour la satisfaction conjugale (Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling *et al*., 1991). Cette thérapie combinée offrait séquentiellement la thérapie cognitive individuelle, puis la thérapie maritale comportementale. En comparaison avec chacune des deux approches prises individuellement, la thérapie combinée ne s'est avérée plus efficace dans l'amélioration de la satisfaction conjugale que chez les couples déjà satisfaits avant le début du traitement. En résumé, dans le traitement des couples en détresse où l'un des partenaires présente une dépression, le fait de travailler à l'amélioration du fonctionnement marital est aussi efficace que le travail cognitif visant la modification des distorsions cognitives individuelles, mais une combinaison de ces deux traitements ne semble pas améliorer globalement l'efficacité du traitement marital. Par ailleurs, la thérapie maritale comportementale pour la dépression (TMC) peut être plus efficace que la thérapie cognitive individuelle à la fois dans la réduction des symptômes dépressifs et dans l'amélioration de la détresse conjugale, surtout si cette dernière est relativement importante.

Ces études semblent donc faire consensus en ce qui a trait à l'effet de la thérapie maritale sur la réduction des symptômes dépressifs. Cette thérapie cible en fait les deux problématiques de façon concurrente. Cette intervention se démarque donc par sa spécificité et son efficacité dans le traitement de la détresse conjugale concomitante avec

la dépression (Beach et O'Leary, 1992 ; Emanuels-Zuurveen et Emmelkamp, 1996 ; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling *et al*., 1991). Cette approche semble donc être le traitement de choix pour cette problématique hybride.

Même si elle s'est avérée efficace, la thérapie maritale doit-elle être toujours envisagée lorsque l'un des partenaires est déprimé ? Un critère essentiel semble être attribuable à la fonction qu'accorde la personne déprimée à sa relation maritale dans la détermination de sa symptomatologie dépressive (Beach et O'Leary, 1992). En effet, même si les problèmes avec le partenaire sont considérés comme relativement importants par rapport à d'autres facteurs qui causent la dépression (une maladie chronique, la perte d'emploi, etc.), la thérapie maritale n'est pas conseillée si les problèmes maritaux ne sont pas considérés comme centraux (Beach, 2001 ; O'Leary, 2002). La thérapie maritale comportementale pour la dépression (TMC) semble donc être plus efficace quand les problèmes maritaux sont perçus comme proéminents par le conjoint dépressif (Beach et O'Leary, 1992). Une explication possible serait la suivante : la thérapie maritale vise en premier lieu à améliorer la qualité de la relation et, comme on a pu le voir, c'est par un effet médiateur de celle-ci que la dépression est soulagée.

Dans certains cas peu fréquents, le thérapeute peut se trouver face à un couple chez qui les problèmes conjugaux ne sont pas centraux dans l'étiologie de la dépression et dont la détresse conjugale est légère ou même inexistante. Cordova et Gee (2001) proposent alors une solution de rechange intéressante, soit la thérapie de couple pour dépression (TCD). Cette thérapie combine deux approches, soit la thérapie comportementale individuelle pour la dépression et la thérapie behaviorale intégrative pour couples (TBIC, (Jacobson et Christensen, 1996). Cette stratégie est conçue pour être utilisée indépendamment de l'étiologie de la dépression ou de l'existence ou non d'une détresse conjugale. Elle identifie avant tout la dépression comme cible d'intervention. Elle aurait l'avantage de réduire la symptomatologie dépressive en réalisant les objectifs d'une thérapie individuelle comportementale pour la dépression et en engageant le conjoint sain comme pair aidant. Cette stratégie d'intervention semble améliorer la cohésion et l'acceptation de la maladie et entraîne du même coup une amélioration de la satisfaction conjugale. Cette approche pourrait donc être favorisée chez les couples chez qui la dépression précède les problèmes maritaux et dans les cas où ces derniers ne sont pas perçus comme les moteurs centraux de la dépression. Il pourrait dès lors être utile pour les partenaires de travailler à la fois sur les changements possibles en lien avec les dysfonctions présentées et sur l'acceptation de ce qui ne peut être changé au niveau de la pathologie dépressive. La TCD pourrait donc dans ce cas précis s'avérer la stratégie de choix.

Finalement, il est important de mentionner que les traitements pharmacologiques employés seuls dans le traitement de la dépression ne sont pas toujours suffisants lorsque cette dernière s'inscrit dans un contexte de détresse conjugale (Teichman, Bar-El, Shor et Elizur, 1998). Toutefois, un traitement mixte pourrait s'avérer nécessaire

comme complément à l'intervention maritale pour la dépression lorsque la régression est très marquée. Les données probantes sur les meilleures pratiques démontrent en effet que les patients avec dépression sévère ont beaucoup de difficulté à répondre à une quelconque intervention psychothérapeutique si elle n'est pas combinée à une pharmacothérapie. Par exemple, certains auteurs suggèrent une pharmacothérapie concurrente à la thérapie maritale quand le partenaire déprimé a un antécédent de dépression sévère ou récurrente (Thase *et al.*, 1997). Par ailleurs, d'autres chercheurs suggèrent l'ajout d'une pharmacothérapie et/ou d'une thérapie individuelle concurrente à la thérapie maritale quand l'un des partenaires souffre de dépression (Whisman et Uebelacker, 1999).Cette approche pourrait accroître l'engagement du partenaire dépressif, améliorer la régulation de ses émotions, et ainsi aider la progression de l'intervention au niveau du couple. La combinaison des deux traitements pourrait donc être appropriée dans ces cas (Gupta, Coyne et Beach, 2003 ; Leff *et al.*, 2000). Il serait donc indiqué de référer le conjoint dépressif afin que sa dépression soit évaluée par un médecin, qui pourra lui prescrire si nécessaire un traitement aux antidépresseurs tels les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ; Prozac®, Zoloft®, Effexor®, etc.), les tricycliques (Elavil®, Tofranil®, Surmontil®, etc.), ou les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO ; Marplan®, Nardil®, Parnate®, etc.). Le thérapeute qui intervient auprès du couple pourra dans ces cas s'assurer que ces médicaments n'ont pas d'impact délétère sur la sexualité et, le cas échéant, il pourra rassurer les partenaires quant à l'impact transitoire de cet effet secondaire.

4.2. Le traitement

A. La thérapie maritale comportementale pour la dépression (TMC)

La thérapie maritale pour la dépression (TMC ; Beach, Sandeen et O'Leary, 1990) est, tel qu'il en a été discuté plus haut, proposée en raison de son efficacité chez les couples où l'un des partenaires est déprimé et où la détresse maritale est importante. Dans la mise en place de cette intervention, le thérapeute commence par poser clairement les règles de base d'une thérapie maritale (non-violence, entente préétablie sur la disponibilité ou non du thérapeute hors séances pour désamorcer un conflit, etc.). Il doit ensuite évaluer à la fois le problème conjugal et la dépression d'après les déclarations des conjoints. Afin d'aider le partenaire sain à attribuer certaines difficultés dans le couple à la dépression elle-même plutôt qu'à l'hostilité ou à un manque de collaboration ou de désir de la part de son partenaire, il propose de décrire les symptômes de la dépression majeure (p. ex., le manque d'énergie, la baisse du désir sexuel, etc.) et de montrer spécifiquement leur impact sur le fonctionnement marital. Finalement, comme pour toute forme de thérapie, le thérapeute propose des attentes d'amélioration positives et réalistes. Nous allons illustrer ces étapes à l'aide d'un cas clinique.

TABLEAU 13.1
Tableau comparatif des critères de sélection entre la TMC et la TCD

Critères de sélection	La thérapie maritale comportementale (TMC)	La thérapie de couple pour la dépression (TCD)
Objectifs et stratégies thérapeutiques	Cible l'augmentation des comportements positifs, la réduction des interactions aversives et l'amélioration de la communication et des habiletés de résolution de problèmes ; s'avère à la fois efficace et spécifique dans les cas assez graves au niveau de la détresse maritale	Cible l'amélioration de la cohésion et l'acceptation de la maladie tout en visant la réduction de la symptomatologie dépressive en réalisant les objectifs d'une thérapie individuelle comportementale pour la dépression
Les problèmes conjugaux sont centraux et ils sont précurseurs de la dépression	Oui : détresse maritale sévère et relativement importante par rapport a la dépression	Non
La détresse conjugale est importante	Oui	Non
Vise à restaurer une relation conjugale plus symétrique et équilibrée	Oui	Non
La dépression est centrale et précède le problème de couple	Non	Oui
Identifie la dépression comme cible d'intervention	Non : la détresse conjugale n'est pas la cible d'intervention	Oui
Engage le partenaire sain comme pair aidant	Non : les deux conjoints sont les patients identifiés	Oui
La détresse conjugale est légère ou inexistante et la dépression est présente	Non : donne de bons résultats mais moindres qu'une thérapie cognitive-comportementale centrée sur la dépression	Oui : c'est la stratégie à favoriser

Vignette clinique – Denise et Jean

Denise et Jean consultent en thérapie de couple suite à une demande de consultation effectuée par Denise. Lors de la prise de contact téléphonique, Denise décrit la situation comme urgente. Elle se dit épuisée par l'attitude négative de Jean. Lors de la rencontre d'évaluation initiale, Denise avance qu'elle se sent seule et incomprise dans son couple depuis que Jean a arrêté de s'investir dans la relation. Elle se plaint de lui en disant qu'il n'est plus intéressé à partager des activités de loisir avec elle ; il justifie selon elle son retrait en invoquant le fait qu'il est tout le temps fatigué. Elle lui reproche son laisser aller au niveau de la forme physique et son gain de poids important de plus de 30 livres au cours des six derniers mois. Par ailleurs, elle le trouve de plus en plus irritable et indécis et termine en insinuant que leur vie sexuelle laisse à désirer.

Le thérapeute détecte une détresse conjugale marquée, manifestée par un niveau d'hostilité et de critique assez élevé de la part de Denise et par des stratégies de retrait avec comportements passifs agressifs de la part de Jean. Il note en outre que Denise remet en question à plusieurs reprises son désir de rester dans le couple. L'examen des dynamiques en jeu en lien avec le problème l'amène à voir que ces menaces ne sont pas le reflet d'un émoussement dans l'engagement, mais qu'il s'agit plutôt de la manifestation d'une lacune au niveau des habiletés de communication des émotions chez Denise. Suite à ses observations, il aide les partenaires à préciser la situation en décrivant les symptômes de la dépression chez Jean et leur impact sur leur relation. Il établit avec les partenaires les liens entre les problèmes conjugaux rapportés et la dépression de Jean, tout en insistant sur le fait que Jean comme Denise subissent les effets de la dépression et qu'aucun n'en est tenu responsable. Suite à cette évaluation, le thérapeute propose au couple une intervention maritale qui incorpore un volet thérapeutique axé sur la gestion de l'impact des composantes dépressives qui, chez Jean, hypothèquent le fonctionnement du couple.

La thérapie maritale comportementale pour la dépression se divise en trois phases, chacune ayant des objectifs thérapeutiques bien précis.

Phase I

La première phase a pour but de rétablir les échanges positifs dans le couple. En effet, en raison de l'hypothèque qui grève la relation, le couple peut avoir perdu sa capacité d'échanger dans un registre plus positif. Le fait de revivre ce type d'interactions peut avoir un impact sur la réduction des symptômes dépressifs (Lewinsohn et Arconad, 1981, dans Beach, Sandeen et O'Leary, 1990). Pour atteindre ce but, les trois objectifs suivants sont proposés.

Renforcer la cohésion maritale

Cette stratégie incite les partenaires au changement, à la collaboration, augmente le sentiment de sécurité et réduit les attitudes défensives souvent observées dans les interactions des couples où l'un des partenaires est déprimé (Beach, 2001). Pour cela, la manifestation quotidienne de simples gestes d'affection et de bienveillance est encouragée. Ces comportements sont en général déjà présents dans le répertoire comportemental des partenaires, mais ils sont sous-exploités. Chez les couples où coexistent la dépression et la détresse maritale, les partenaires font en général très peu d'activités agréables ensemble. En même temps qu'elle encourage les activités agréables en couple, la TMC pour la dépression encourage le partenaire déprimé à entreprendre aussi des activités agréables sur une base individuelle. Cette recommandation a comme objectif de briser les patrons comportementaux de retrait et de dépendance, tous deux en lien avec le maintien de la dépression.

Vignette clinique – Denise et Jean

Chez Denise et Jean, le thérapeute a observé des attitudes défensives qui semblent les fruits de leurs longs affrontements stériles autour des problèmes sociaux et familiaux engendrés par le retrait social et par le manque d'intérêt de Jean. Denise s'est en outre plaint plusieurs fois du manque apparent d'intérêt de Jean pour elle et sa famille. Elle se décrit en conséquence comme étant elle-même beaucoup plus retirée et désinvestie depuis quelques années. Le thérapeute a en outre remarqué une baisse des activités qui jadis était partagées avec plaisir. Dans cette première phase de l'intervention, le thérapeute établit avec les partenaires une liste des activités communes qu'ils avaient avant que la dépression de Jean n'y mette un frein. Ces activités sont placées dans une liste hiérarchique, des plus faciles à restaurer aux plus difficiles. Une activité décrite comme facilement accessible est la suivante : une marche dans le quartier après souper. Il encourage donc les partenaires à reprendre cette activité quotidienne. En même temps, il discute avec Jean d'un programme d'activation behaviorale dont la première étape consiste à reprendre ses activités en gymnase, puisque l'entraînement physique avait été décrit par ce dernier comme une activité agréable avant sa dépression. L'objectif de ces recommandations est de modifier certains comportements associés au retrait, tant dans le couple qu'au niveau individuel.

Cette stratégie multiaxiale comporte l'avantage additionnel de favoriser l'autonomie du conjoint déprimé, tout en évitant que le partenaire sain ne doive porter seul le fardeau de l'amélioration de la condition dépressive de l'autre. En effet, le conjoint sain peut se décourager s'il croit qu'il est le seul responsable de l'amélioration dans le couple.

Denise s'était en outre plainte que leur éloignement touchait aussi leur vie sexuelle. Jean ajoutait à ce sujet qu'ici comme ailleurs, Denise ne semblait pas bien saisir les répercussions de sa dépression. Le thérapeute leur a expliqué qu'il est fréquent que la sexualité soit hypothéquée par la baisse de la libido chez la personne déprimée, et que cette condition devrait suivre une courbe de progrès parallèle à l'amélioration de leur relation de couple et de la dépression.

Renforcer le soutien de l'estime de soi

Cette intervention aide les partenaires à mieux tolérer la critique. Les interactions où prédomine le blâme sont en effet susceptibles de générer la dépression et sa récurrence (Hooley et Teasdale, 1989). En conséquence, il est crucial d'en réduire l'impact sur le partenaire déprimé.

Vignette clinique – Denise et Jean

Denise, qui avait pu soutenir Jean lorsqu'il est devenu déprimé il y a cinq ans, est devenue progressivement frustrée des limites imposées par l'état pathologique de Jean. Elle lui reproche la détérioration de leur réseau social jadis très important, la chute dramatique de la qualité et de la quantité des activités effectuées ensemble et, de façon générale, l'hypothèque que pose sa dépression sur l'ensemble de la vie familiale. Confronté à ces reproches, Jean se retire et boude pendant de longues périodes, ce qui contribue à alimenter encore plus la frustration de Denise.

Le thérapeute souligne aux conjoints que cette escalade négative où ils se retrouvent prisonniers les plonge dans un cercle vicieux qui contribue à alimenter les sentiments de dévalorisation personnelle qui sont au cœur des sentiments dépressifs chez Jean. Il incite les partenaires à utiliser des verbalisations encourageantes et à se faire des compliments, en soulignant l'importance de renforcer leurs sentiments de valorisation, de reconnaissance et d'appréciation des qualités propres à chacun. Pour accomplir cet exercice, il faut commencer par entraîner les partenaires à mettre en place ces comportements durant les séances. Il est très important que les compliments et les encouragements soient authentiques tant au niveau verbal que non verbal.

Vignette clinique – Denise et Jean

Le thérapeute constate que les partenaires ont de la difficulté à trouver des comportements qu'ils apprécient dans le présent. Il leur demande donc de complimenter sur ce qu'ils aimaient chez l'autre dans le passé, avant l'apparition de la dépression. Cet exercice permet à Jean et Denise d'identifier les comportements

qu'ils peuvent émettre pour amener des sentiments positifs chez l'autre, et les encourage à vérifier chez l'autre les comportements positifs qu'ils souhaitent voir apparaître chez eux-mêmes.

Réduire ou éliminer les stresseurs maritaux récurrents et aigus

Les stresseurs neutralisent les effets des interactions positives et nuisent au progrès de la thérapie. Ceci nécessite un entraînement pour les partenaires afin qu'il puissent agir sur les patrons de comportements maritaux négatifs suivants : 1) la critique, le blâme et le dénigrement de l'autre, car la critique engendre un sentiment de rejet qui peut nuire aux habiletés de résolution de problèmes (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990) ; 2) la violence verbale et physique, car ces comportements augmentent le stress de la personne déprimée, entravent l'amélioration des symptômes et peuvent même précipiter la rechute (Beach, 2001) ; 3) les menaces de divorce comme stratégies de manipulation, car elles engendrent un sentiment d'incertitude sur l'avenir de la relation, ce qui peut nuire au progrès du traitement.

Vignette clinique – Denise et Jean

Chez Jean, les ultimatums de Denise à l'effet qu'une séparation puisse constituer la seule solution viable généraient de l'ambivalence. Ces allusions pouvaient engendrer un certain soulagement associé à ses fantasmes de fuir les conflits, mais elles constituaient aussi une menace importante pour lui. Pour Denise, ces menaces de divorce étaient souvent une expression de son niveau de frustration. Le thérapeute a fait valoir le risque que ce chantage soit renforcé à court terme, car il permettait à Denise de repousser Jean et de créer la distance dont elle pouvait avoir besoin. Cependant, il a analysé avec eux l'aspect dysfonctionnel de ce comportement dans une perspective à plus long terme. En conséquence, il a travaillé avec Denise certaines stratégies de résolution de problèmes afin d'identifier ce comportement et de l'éliminer de son répertoire.

Le succès de la première phase du traitement se traduit en général par une amélioration de l'humeur du conjoint déprimé, ainsi que par un niveau d'interaction plus confortable entre les partenaires. Ces derniers ressentent dès lors plus de sentiments positifs l'un envers l'autre et ils peuvent manifester une meilleure ouverture au changement.

Phase II

La deuxième phase du traitement vise à restructurer la relation maritale. L'accent est mis sur l'examen des patrons de communication dans le couple. Les quatre objectifs à atteindre dans cette phase sont les suivants :

Encourager l'expression et l'acceptation des émotions

L'expression des émotions doit se faire autant aux niveaux verbal que non verbal. Cette stratégie utilise les techniques d'entraînement à l'écoute active et empathique (résumer, refléter, valider, poser des questions). L'objectif visé se structure autour de la capacité d'exprimer ses émotions sans se sentir incompris et rejeté par l'autre puisque le fait de pouvoir exprimer ses émotions librement constitue un des facteurs protecteurs contre la dépression (Curtona, 1996, dans Beach, 2001). Les partenaires non déprimés ne permettent souvent pas à leur conjoint d'exprimer sa détresse. Ils auront tendance soit à ne pas répondre aux plaintes, perçues comme aversives, et d'opter pour l'évitement et le retrait comme stratégie pour les réduire, soit à minimiser les plaintes en étant intrusifs dans leurs directives visant le mieux-être de leur conjoint (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990).

Vignette clinique – Denise et Jean

Jean perçoit un manque d'écoute et de soutien de la part de Denise. Cette fermeture augmente sa colère, son sentiment de ne pas être compris et sa dépression. Toutefois, il ne manifeste pas non plus une meilleure écoute quand Denise aborde un problème dans la relation. Il l'interrompt et inhibe la discussion avec des récriminations, ce qui a pour effet de renforcer le retrait et l'évitement du problème chez Denise.

Par ailleurs, de meilleures habiletés d'écoute vont augmenter le niveau de cohésion dans le couple, permettre un meilleur soutien de l'estime de soi, une meilleure perception du soutien marital disponible, une amélioration des habiletés de résolution de problèmes et le développement d'une meilleure intimité.

Augmenter les échanges intimes et la confiance

Le partage des pensées et des croyances ainsi que le sentiment d'aise en lien avec les révélations de soi ont aussi un effet bénéfique sur l'humeur et sur la qualité de la relation maritale. Les réactions négatives (critique, blâme, banalisation ou rejet) à la suite d'une révélation de soi engendrent chez les couples conflictuels plus de colère et de dysphorie.

Vignette clinique – Denise et Jean

Étant donné la tendance qu'ont Denise et Jean à éviter et à anticiper les réactions négatives de l'autre, le thérapeute leur apprend à briser ce patron de comportements en renforçant leur confiance mutuelle. Avec l'aide d'une meilleure écoute et d'une meilleure communication, un climat plus propice au partage, aux échanges intimes et au rapprochement se crée.

Ce climat doit parfois être généré. Le thérapeute doit alors aider le couple à développer de nouvelles habitudes qui leur permettent de dégager du temps ensemble de façon quotidienne. Cet objectif atteint, le couple apprend à renforcer ses sentiments d'amour et d'affection ainsi qu'à améliorer son intimité sexuelle quand elle est problématique.

Améliorer les habiletés de résolution de problème dans le couple

Les habiletés de résolution de problèmes aident les partenaires à être et à se percevoir comme des sources de soutien pouvant fournir à l'autre une assistance concrète, ouverte et appropriée au problème ou à la demande. Sentir que son partenaire peut lui offrir une telle assistance aide la personne déprimée à avoir plus de confiance quant à sa capacité de maîtriser son environnement et à renforcer un sentiment de sécurité dans la relation. Ces habiletés se traduisent par une diminution des symptômes dépressifs et par une amélioration de la détresse conjugale.

Vignette clinique – Denise et Jean

Durant le travail thérapeutique, le clinicien aide Jean et Denise à ajuster leurs attitudes et leurs réactions face à leurs problèmes maritaux. Ils apprendront à agir au lieu de réagir de façon impulsive face à leurs problèmes, en conjuguant leurs efforts pour trouver des solutions mutuellement satisfaisantes. Cet objectif est atteint grâce à une attitude plus ouverte, constructive et qui ne comporte pas de jugements.

Le processus de résolution de problèmes utilisé ici implique six étapes (exposées en détails au chapitre 4) : 1) l'identification précise et la définition claire du problème, étape très importante car la personne déprimée a tendance à percevoir les événements négatifs et à en parler en termes vagues ; 2) le *brainstorming* qui permet au couple de générer plusieurs solutions possibles sans en évaluer à ce stade la faisabilité. Cette stratégie permet à la personne déprimée et peut-être à son partenaire pris dans le cercle de l'impuissance de générer des alternatives viables par rapport à leurs problèmes ; 3) l'évaluation des solutions, en déterminant l'effet sur chacun, gardant toujours à l'esprit que le résultat doit être satisfaisant pour les deux et que les avantages doivent être supérieurs aux coûts ; 4) le choix et l'opérationnalisation d'une solution à privilégier ; 5) la mise en œuvre de cette solution. Il convient ici de noter que cette étape pose des problèmes chez les couples où l'un des conjoints est déprimé en raison du manque d'énergie et du pessimisme imputable à la maladie. Le thérapeute doit à ce stade avoir une approche motivationnelle qui met l'accent sur l'avantage d'essayer une solution, même imparfaite, plutôt que de rester inactif ; 6) l'évaluation du résultat, qui vise à vérifier ce qui a bien fonctionné et ce qui nécessite une amélioration dans le processus.

Vignette clinique – Denise et Jean

Le processus de résolution de problèmes a été expliquée à Denise et Jean. Cette procédure a permis de dégager chez Jean une tendance à avoir une pensée dichotomique pouvant l'amener à conclure que la méthode ne fonctionne pas et à l'abandonner suite à un premier échec. Le thérapeute a mis cette distorsion cognitive à l'épreuve afin d'amener Jean à une évaluation plus nuancée. Les partenaires ont été encouragés à pratiquer cet exercice jusqu'à ce qu'il soit bien assimilé dans leur répertoire comportemental.

Améliorer la confiance en la relation et l'engagement perçu

Cet objectif renforce la perception de la stabilité de la relation ou, du moins, la perception de l'intention de continuer à faire des efforts pour l'améliorer. Ceci se traduit par une amélioration du sentiment de contrôle que les partenaires ont sur leur environnement et l'amélioration de la perception du soutien conjugal disponible, favorisant ainsi une attitude moins défensive et plus coopérative pour résoudre les problèmes et y faire face. À ce stade de l'intervention, le thérapeute encourage le couple à évaluer ses progrès et à se féliciter de ses efforts.

Vignette clinique – Denise et Jean

Le thérapeute demande à Denise et à Jean d'échanger sur les avantages perçus d'être ensemble. Durant la séance, Denise fait allusion aux changements positifs de sa perception envers la viabilité du couple, et Jean la remercie de son soutien. À ce moment, le thérapeute explique à ses clients l'importance de ne pas remettre en question la cohésion du couple quand ils font face à des difficultés mais, au contraire, d'opter en équipe pour des stratégies d'adaptation orientées vers la résolution de problèmes, dans le but commun de garder l'harmonie dans leur couple.

Les gains dans cette deuxième phase de la thérapie se manifestent chez Jean et Denise par une diminution du stress associé à des schémas d'échange coercitifs, leur permettant de mieux gérer les difficultés futures.

Phase III

Finalement, la troisième phase se structure autour de la préparation de la fin du traitement. Cette phase est tout aussi importante que les deux premières, car le thérapeute doit aider les partenaires à reconnaître les situations à haut risque qui pourront entraîner une rechute tant de la dépression que de la détresse maritale. Cette étape de prévention de la rechute est capitale puisque la récurrence de la détresse maritale

(Christensen et Heavey, 1999) tout comme celle de la dépression (Coyne, Pepper et Flynn, 1999) ont été observées suite à des traitements réussis. À cet effet, il est proposé : 1) d'intervenir de manière moins directive pour permettre aux partenaires de s'approprier les progrès qu'ils ont accomplis et de les imputer aux changements dans leur relation plutôt que d'en attribuer la responsabilité au thérapeute ; 2) de limiter l'intervention aux problèmes les plus saillants en utilisant les techniques qui se sont avérées les plus efficaces durant les deux premières phases ; 3) de préparer le couple à gérer la phase de transition et à avoir des attentes réalistes quant aux changements relatifs aux symptômes de la dépression et de la détresse maritale ; 4) d'encourager les partenaires à avoir recours aux méthodes de résolution de problèmes quand un conflit dans la relation émerge ou quand une humeur dysphorique réapparaît ; 5) de discuter de la possibilité d'avoir des sessions de relance, pour maintenir les acquis (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990).

Pour terminer, il y a lieu de soulever quelques problèmes auxquels peuvent faire face les thérapeutes appliquant la TMC pour la dépression (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990). Premièrement, en présence de la dépression dans le couple, l'alliance thérapeutique peut ne pas s'établir de façon équivalente à l'égard des deux partenaires.

Vignette clinique – Denise et Jean

Dans le cas de Denise et Jean, leur thérapeute avait constaté qu'il pouvait plus facilement créer une alliance thérapeutique avec Denise. Il a constaté après quelques rencontres qu'il éprouvait une certaine sympathie pour Denise, qu'il percevait comme victime d'une situation difficile et, à la limite, lésée dans la relation. Il a rapidement pu constater qu'une telle alliance asymétrique pouvait hypothéquer le cours de la thérapie. En effet, Jean est devenu rapidement défensif, alléguant que Denise se cherchait des alliés pour le blâmer. En constatant l'aspect dysfonctionnel de cette alliance non intentionnelle, le thérapeute a décidé d'incorporer et d'utiliser certains épisodes de plaintes, d'expression d'émotions négatives et de décharges émotionnelles dysphoriques de la part de Jean. Il a pris garde à ne pas laisser de telles manifestations accaparer toute la session, et il s'assure de ne pas y mettre fin de façon prématurée en ramenant systématiquement le couple à la tâche thérapeutique. En effet, il a constaté d'une part que le fait de ne pas gérer ces plaintes pouvait s'avérer chronophage dans la session, sans qu'il n'y ait de gains ; d'autre part, il a aussi été amené à voir que le fait de les interrompre pouvait engendrer chez Jean le sentiment que ses problèmes n'étaient pas considérés, ce qui pouvait le pousser à adopter une attitude de retrait et de non-implication dans la thérapie. Ce patron de non-implication n'était pas sans engendrer, tel qu'on a pu le voir, des sentiments de frustration et de pessimisme chez Denise.

Ce genre d'attitude négative constitue souvent la trame de fond avec laquelle le partenaire sain doit composer dans la relation. Ses réactions négatives à ce patron relationnel amèneront le partenaire déprimé à ne pas se sentir écouté et compris. L'utilisation de ces épisodes pour renforcer, par exemple, le travail sur l'écoute empathique et l'acceptation de l'expression des émotions peut donc être très bénéfique.

Le thérapeute appliquant la TMC doit aussi être alerte au manque d'assuétude au traitement de l'un ou de l'autre des partenaires, puisque ceci affecte à la baisse le résultat thérapeutique.

Finalement, certains stresseurs peuvent émerger durant la thérapie et provoquer soit des menaces suicidaires de la part du conjoint déprimé, soit des menaces de divorce de la part de l'un et/ou l'autre des deux conjoints. Dans les cas de danger suicidaire, il convient de mettre en veilleuse la thérapie maritale et de travailler en parallèle et de manière individuelle à désamorcer les menaces suicidaires (Beach, Sandeen et O'Leary, 1990). Dans un tel cas, si le partenaire déprimé fait état de velléités suicidaires et de plans en ce sens, le thérapeute évaluera rapidement la fonction de ces menaces. De deux choses l'une : soit ces menaces constituaient des manifestations inadéquates de la détresse et/ou de l'impuissance, soit elles reflétaient un danger suicidaire réel. Dans ce cas, le thérapeute conjugal serait avisé d'interrompre temporairement la thérapie de couple et de référer le partenaire suicidaire pour une consultation médicale. La thérapie de couple ne devrait reprendre qu'une fois cet état stabilisé.

Dans le cas des menaces de séparation, si celles-ci sont utilisées comme une forme inadéquate de communication, le thérapeute doit les traiter comme des lacunes au niveau de la communication comme il a été vu plus haut.

Vignette clinique – Denise et Jean

On avait pu voir que Denise menaçait fréquemment de quitter Jean lorsqu'elle devenait trop excédée. En thérapie, cette stratégie dysfonctionnelle a été identifiée comme telle. Des façons plus adaptées d'exprimer sa frustration ont été explorées. Une méthode de *brainstorming* a été utilisée afin de générer des solutions viables et des stratégies de résolution de problèmes plus adaptées ont été suggérées.

Par contre, si ces menaces de séparation sous-tendent des intentions fermes de la part de l'un ou l'autre des conjoints, il faut alors prendre les mesures nécessaires pour préparer la séparation. Un processus de médiation pourrait alors être envisagé.

B. La thérapie de couple pour la dépression (TCD)

Le couple qui se présente en thérapie peut en définitive présenter une détresse maritale relativement légère imputable à la dépression d'un des partenaires. Une intervention dirigée vers les symptômes cliniques de la dépression peut alors s'avérer plus adéquate

qu'une intervention maritale classique comme on l'a vu plus haut. La TCD permet dès lors d'établir une relation d'aide efficace dans le traitement de la dépression en impliquant le conjoint de la personne déprimée comme pair aidant. Le cas suivant illustrera les différentes étapes de cette approche.

Vignette clinique – Diane et Roger

Diane et Roger, un couple dans la quarantaine, sont mariés depuis 20 ans. Ils travaillent tous les deux dans le secteur financier et ont trois enfants. Le couple vient en consultation suite à une recommandation du psychiatre qui a hospitalisé Diane pour un premier épisode dépressif très sévère, qui l'a amenée à un état dysfonctionnel quasi total. Elle passait la majorité de son temps au lit, elle ne pouvait plus se concentrer même sur des tâches très simples comme de trier la lessive ou de préparer les repas des enfants, elle n'avait plus aucun désir sexuel. Elle était repliée sur elle-même et elle ruminait les échecs de son passé tout en se blâmant pour son état, au point de se trouver complètement inutile et de se sentir comme un boulet pour son mari et pour ses enfants. Ces sentiments l'ont plusieurs fois conduite à considérer le suicide ; elle a même fait une tentative sérieuse une fois où elle était particulièrement déprimée. Le suicide lui était alors apparu comme la seule voie viable.

Roger est très préoccupé par la situation de Diane et depuis le retour de sa conjointe à domicile, il y a deux mois, il prend de plus en plus de responsabilités, croyant faciliter ainsi sa récupération. L'impact de la maladie commence à hypothéquer la relation. La communication est beaucoup plus difficile en raison du retrait, des difficultés de concentration et du manque d'intérêt de Diane. Son absence d'intérêt pour la sexualité commence en outre à préoccuper Roger. Ce dernier blâme et critique plus facilement Diane. La communication dans le couple devient moins bonne et tous les enjeux tournent autour de la dépression. Les activités qui jadis les réunissaient se sont estompées et tous deux éprouvent un sentiment d'éloignement.

Le thérapeute offrira une intervention de type TCD dans ce cas. Cette intervention poursuit quatre objectifs : *a)* unir le couple dans une même perspective par rapport à la dépression ; *b)* augmenter la flexibilité comportementale des partenaires ; *c)* augmenter l'efficacité pour gérer les situations aversives ; *d)* promouvoir l'exploration active de la relation et de l'environnement (Cordova et Gee, 2001).

Unir le couple dans une même perspective par rapport à la dépression

Cet objectif permet au couple de percevoir la dépression comme un problème commun et non pas comme la faute ou la responsabilité individuelle de l'un ou l'autre des partenaires. Ceci permet aux conjoints de rester proches malgré la dépression, plutôt que celle-ci ne les sépare.

Vignette clinique – Diane et Roger

À la suite de l'évaluation, le thérapeute remarque que la satisfaction dans le couple n'est pas encore très hypothéquée. Toutefois, il note que Roger a tendance à blâmer Diane. Il leur présentera une conception différente de la dépression et de sa place dans la relation. Il amènera Diane et Roger à voir cette problématique comme une tierce partie présente dans la relation et qui a ses intentions et ses effets propres. Pour réaliser cet objectif, il fournira au couple une explication objective et approfondie de cette problématique ; il pourra se servir de différentes stratégies à cette fin. Il pourra par exemple assigner une « chaise vide » durant les sessions pour illustrer cette tierce partie qu'est la dépression.

La TCD favorise l'autoobservation des émotions et des pensées dépressives ainsi que leur remise en question. Les individus dépressifs utilisent souvent des stratégies destructrices pour fuir leurs sentiments de détresse (abus de substances, tentatives de suicide, recherche de distraction excessive, etc.). L'autoobservation partagée avec le conjoint sain facilite l'acceptation des pensées et des émotions pénibles et encourage l'empathie envers le conjoint déprimé. Cette technique permet aussi au couple d'identifier et de tolérer les patrons d'interactions aversives.

Augmenter la flexibilité comportementale des partenaires

Cet objectif est atteint en encourageant les partenaires à parler de leurs perceptions de la dépression et des émotions impliquées dans la lutte contre celle-ci. Ce travail permet à la personne déprimée de mieux apprécier les efforts de son partenaire et de mieux comprendre son point de vue. Cette stratégie lui permet d'explorer de nouvelles façons de faire en s'intéressant de façon empathique à l'autre. Elle peut amener le partenaire déprimé à s'éloigner des préoccupations centrées sur soi. Le partage des sentiments et l'amélioration de l'empathie favorisent la flexibilité et diminuent la rigidité et la passivité qui caractérisent le fonctionnement des individus déprimés. Cet objectif est atteint en améliorant la flexibilité dans leurs habiletés interactionnelles. Ils deviennent ainsi plus aptes à s'adapter aux changements environnementaux. Ce déplacement des préoccupations peut diminuer les sentiments dépressifs et générer une augmentation du sentiment de cohésion dans le couple. Le rapprochement émotionnel ainsi généré pourra contribuer à la mise en place des conditions nécessaires à l'amélioration de la dépression. Ceci est atteint en modifiant le contexte émotionnel où l'interaction problématique a lieu. Le partenaire sain pourra aussi apprendre ici à développer de meilleures stratégies pour pouvoir exprimer ses sentiments par rapport aux difficultés que la dépression impose au couple. Une certaine réciprocité positive est ainsi créée ; cette dernière diminue les patrons défensifs et améliore l'écoute, la validation et l'ajustement du couple.

Vignette clinique – Diane et Roger

Roger est encouragé à partager avec Diane ses sentiments de vulnérabilité comme la peur, le désespoir et la solitude qui peuvent être à l'origine de l'expression d'émotions plus dures comme la colère, la critique et le retrait en réponse à la dépression. Diane tentera pour sa part de mieux voir comme Roger trouve parfois difficile de composer avec les problèmes inhérents à son état.

Augmenter l'efficacité à gérer les situations aversives

Les comportements dépressifs sont souvent des réponses passives ou passives-agressives à des problèmes solubles, ou résultent d'une lutte pour éviter ou supprimer des problèmes insolubles. Ainsi, il est important d'amener les partenaires à distinguer les problèmes solubles de ceux qui ne le sont pas afin qu'ils puissent libérer le temps et l'énergie consacrés à ces derniers.

Vignette clinique – Diane et Roger

Le thérapeute examinera avec les partenaires différentes situations problématiques. Ceux-ci apprendront à reconnaître les situations qu'ils peuvent changer et les moyens d'y parvenir. Différentes stratégies de résolution de problèmes seront alors appliquées. Par exemple, les comportements de retrait de Diane lorsqu'elle est déprimée seront identifiés et modifiés. Les conjoints détermineront aussi quelles situations ils ne peuvent pas changer. Ils apprendront alors à accepter ces situations de façon inconditionnelle et à s'y ajuster. Ils pourront ainsi éviter de vivre des stress inutiles imputables aux sentiments d'impuissance qu'ils vivaient par rapport à ces situations qu'ils ne pouvaient changer. Ainsi, ils pourront apprendre à ajuster leurs activités au fait que Diane a moins d'énergie depuis qu'elle est déprimée.

Le thérapeute fournit donc au couple un entraînement aux habiletés de communication et de résolution de problèmes. Par ailleurs, la tolérance et l'acceptation se développent en amenant les partenaires à voir les facettes positives de la relation et en percevant la dépression comme un aspect spécifique dans un cadre de vie beaucoup plus large et satisfaisant. De plus, la tolérance est aussi favorisée en préparant le couple à la possibilité de récidive de la dépression. Cette préparation permet de diminuer la probabilité d'une déception importante en cas de rechute. Elle permet aux partenaires de préparer des réponses adéquates en cas de récidive des symptômes dépressifs.

Promouvoir l'exploration active de la relation et de l'environnement

Comme dans la thérapie individuelle pour la dépression, l'activation comportementale consiste à amener la personne déprimée à trouver des activités qui vont la pousser à élargir son engagement au plan de son environnement tant externe qu'interpersonnel.

Toutefois, en thérapie individuelle, la personne est seule dans ses efforts, sans aucune garantie de soutien environnemental ou social. En impliquant le partenaire sain comme partie intégrante de cette activation, la personne déprimée n'est plus seule, mais fait partie d'une équipe qui a un objectif commun.

Vignette clinique – Diane et Roger

Avec l'aide de Roger, Diane est amenée à développer un répertoire d'exploration active pouvant favoriser le rapprochement et la satisfaction dans leur relation. Cette stratégie permettra de diminuer la vulnérabilité de Diane et d'augmenter la résilience des deux partenaires face à la dépression.

Comme dans la thérapie individuelle, les partenaires sont invités à se servir du *brainstorming* pour créer une liste d'activités conjointes possibles, incluant des idées qui peuvent paraître non raisonnables au départ. Le couple est ensuite amené à discuter les idées et à choisir une ou plusieurs activités conjointes à réaliser. Finalement, les partenaires sont encouragés à discuter de l'importance de faire ce genre d'exploration sur une base régulière. Le thérapeute peut donc les amener à réaliser que cette activité enrichira leur vie et augmentera leur répertoire de réponses adéquates face aux obstacles et difficultés futures.

CONCLUSION

Nous avons exploré dans ce chapitre les principales variables personnelles, interpersonnelles et conjugales en présence lorsque la détresse maritale et la dépression existent de façon comorbide. Nous avons précisé l'influence de la dépression sur le déclenchement, le maintien et l'évolution de la détresse maritale, et nous avons pu voir à l'inverse comment la relation maritale peut avoir un impact sur la dépression. Après avoir décrit les processus d'inter-influence en jeu, nous avons discuté des modalités d'évaluation propres à chacune de ces deux problématiques. Une stratégie intégrée pour la prise de décision au niveau de l'évaluation de la détresse conjugale en présence de dépression est proposée. Certaines tactiques dans la mise en place de choix basés sur les évidences pour l'intervention sont aussi explorées.

Après avoir montré l'efficacité de différentes thérapies conjugales pour la réduction de la détresse maritale d'une part et pour la diminution de la symptomatologie dépressive d'autre part, nous avons ensuite retenu et présenté deux formes de thérapie efficaces, soit la thérapie maritale comportementale pour la dépression (TMC) et la thérapie de couple pour la dépression (TCD). Certaines recommandations dans le choix de l'une ou l'autre de ces interventions sont faites en fonction des symptômes et problématiques prédominants. Si la détresse maritale prédomine et que la dépression constitue un facteur aggravant, la TMC est suggérée. Cette approche reprend plusieurs

stratégies d'intervention behaviorale pour le couple, mais en y intégrant les problèmes engendrés par les manifestations comportementales de la dépression : perte d'intérêt et de motivation, baisse de la libido, etc. Par ailleurs, lorsque la dépression est centrale et qu'elle alimente et génère la détresse maritale, la TCD est proposée. Le partenaire sain devient alors pair aidant dans le traitement de la dépression de son conjoint. Les partenaires apprennent dès lors à mieux s'engager dans des processus de changement lorsque cela s'avère possible (par exemple pour modifier certains comportements dysfonctionnels associés à la dépression), et ils apprennent à accepter les situations qu'ils ne peuvent changer (par exemple, le fait même d'être déprimé). Le recours à des interventions parallèles, ou encore le retour à une thérapie de couple plus traditionnelle lorsque le problème de la dépression n'est plus central, sont finalement analysés.

RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.), Washington, American Psychiatric Association.

Baucom, D.H., Shoham, V., Mueser, K.T., Daiuto, A.D. et Stickle, T.R. (1998). « Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), p. 53-88.

Beach, S.R. (2001). « Marital therapy for co-occurring marital discord and depression », dans S.R.H. Beach (dir.), *Marital and Family Processes in Depression : A Scientific Foundation for Clinical Practice*, Washington, American Psychological Association, p. 205-224.

Beach, S.R., Arias, I. et O'Leary, K.D. (1986). « The relationship of marital satisfaction and social support to depressive symptomatology », *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 8*(4), p. 305-316.

Beach, S.R., Davey, A. et Fincham, F.D. (1999). « The time has come to talk of many things : A commentary on Curded (1998) and the emerging field of marital processes in depression », *Journal of Family Psychology, 13*(4), p. 663-668.

Beach, S.R. et Jones, D.J. (2002). « Marital and family therapy for depression in adults », dans I.H. Gotlib et C.L. Hammen (dir.), *Handbook of Depression,* New York, Guilford, p. 422-440.

Beach, S.R., Jouriles, E.N. et O'Leary, K. (1985). « Extramarital sex : Impact on depression and commitment in couples seeking marital therapy », *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*(2), p. 99-108.

Beach, S.R., Nelson, G.M. et O'Leary, K. (1988). « Cognitive and marital factors in depression », *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 10*(2), p. 93-105.

Beach, S.R. et O'Leary, K. (1992). « Treating depression in the context of marital discord : Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy », *Behavior Therapy, 23*(4), p. 507-528.

Beach, S.R., Sandeen, E.E. et O'Leary, K.D. (1990). *Depression in Marriage : A Model for Etiology and Treatment*, New York, Guilford.

Beck, A.T., Steer, R.A. et Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*, San Antonio, TX, Psychological Corporation.

Bélanger, C., Dulude, D., Sabourin, S. et Wright, J. (1993). « Validation préliminaire d'un système global de cotation des interactions conjugales », *Revue canadienne des sciences du comportement*, *25*(4), p. 483-498.

Benazon, N.R. et Coyne, J.C. (2000). « Living with a depressed spouse », *Journal of Family Psychology, 14*(1), p.71-79.

Berg-Cross, L. (1997). *Couples Therapy*, Thousand Oaks, CA, Sage.

Billings, A.G. et Moos, R.H. (1985). « Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients », *Journal of Abnormal Psychology, 94*(2), p. 140-153.

Bothwell, S. et Weissman, M.M. (1977). « Social impairments four years after an acute depressive episode », *American Journal of Orthopsychiatry, 47*(2), p. 231-237.

Brown, G.W., Harris, T.O. et Hepworth, C. (1995). « Loss, humiliation and entrapment among women developing depression : A patient and non-patient comparison », *Psychological Medicine, 25*(1), p. 7-21.

Christensen, A. et Heavey, C.L. (1999). « Interventions for couples », *Annual Review of Psychology, 50*, p. 165-190.

Christian, J.L., O'Leary, K. et Vivian, D. (1994). « Depressive symptomatology in maritally discordant women and men : The role of individual and relationship variables », *Journal of Family Psychology, 8*(1), p. 32-42.

Cordova, J.V. et Gee, C.B. (2001). « Couples therapy for depression : Using healthy relationships to treat depression », dans S.R.H. Beach (dir.), *Marital and Family Processes in Depression : A Scientific Foundation for Clinical Practice*, Washington, American Psychological Association, p. 185-203.

Coyne, J.C. et Benazon, N.R. (2001). « Not agent blue : Effects of marital functioning on depression and implications for treatment », dans S.R.H. Beach (dir.), *Marital and Family Processes in Depression : A Scientific Foundation for Clinical Practice*, Washington, American Psychological Association, p. 25-43.

Coyne, J.C., Kahn, J. et Gotlib, I.H. (1987). « Depression », dans T. Jacob (dir.), *Family Interaction and Psychopathology : Theories, Methods, and Findings*, New York, Plenum Press, p. 509-533.

Coyne, J.C., Pepper, C.M. et Flynn, H. (1999). « Significance of prior episodes of depression in two patient populations », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), p. 76-81.

Cull, J.G. et Gill, W.S. (1982). *Suicide Probability Scale*, Los Angeles, Western Psychological Services.

Davila, J., Bradbury, T.N., Cohan, C.L. et Tochluk, S. (1997). « Marital functioning and depressive symptoms : Evidence for a stress generation model, *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(4), p. 849-861.

Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B. *et al.* (1995). « Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women », *Journal of Abnormal Psychology, 104*(4), p. 592-600.

Dudek, D., Zieba, A., Jawor, M., Szymaczek, M., Opila, J. et Dattilio, F.M. (2001). « The impact of depressive illness on spouses of depressed patients », *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*(1), p. 49-57.

Emanuels-Zuurveen, L. et Emmelkamp, P.M.G. (1996). « Individual behavioural-cognitive therapy v. marital therapy for depression in maritally distressed couples », *British Journal of Psychiatry, 169*(2), p. 181-188.

Fincham, F.D., Beach, S.R.H., Harold, G.T. et Osborne, L.N. (1997). « Marital satisfaction and depression : Different causal relationships for men and women ? », *Psychological Science, 8*(5), p. 351-357.

Gotlib, I.H. et Beach, S.R.H. (1995). « A marital/family discord model of depression : Implications for therapeutic intervention », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy,* New York, Guilford, p. 411-436.

Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M. et Seeley, J.R. (1998). « Consequences of depression during adolescence : Marital status and marital functioning in early adulthood », *Journal of Abnormal Psychology, 107*(4), p. 686-690.

Gupta, M., Coyne, J.C. et Beach, S.R.H. (2003). « Couples treatment for major depression : Critique of the literature and suggestions for some different directions », *Journal of Family Therapy, 25*(4), p. 317-346.

Halloran, E.C. (1998). « The role of marital power in depression and marital distress », *American Journal of Family Therapy, 26*(1), p. 3-14.

Hammen, C., Henry, R. et Daley, S.E. (2000). « Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), p. 782-787.

Hautzinger, M., Linden, M. et Hoffman, N. (1982). « Distressed couples with and without a depressed partner : An analysis of their verbal interaction », *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*(4), p. 307-314.

Hickie, I.B. et Parker, G.B. (1992). « The impact of an uncaring partner on improvement in non-melancholic depression », *Journal of Affective Disorders, 25*(2), p. 147-160.

Hinchliffe, M., Hooper, D. et Roberts, F.J. (1978). *The Melancholy Marriage*, New York, Wiley.

Hollon, S.D., Haman, K.L. et Brown, L.L. (2002). « Cognitive-behavioral treatment of depression », dans I.H. Gotlib et C.L. Hammen (dir.), *Handbook of Depression*, New York, Guilford, p. 383-403.

Hooley, J.M. et Teasdale, J.D. (1989). « Predictors of relapse in unipolar depressives : Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism », *Journal of Abnormal Psychology, 98*(3), p. 229-235.

Jacobson, N.S. et Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy : Promoting Acceptance and Change*, New York, W.W. Norton & Co, Inc.

Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A.E., Schmaling, K.B. *et al*. (1991). « Marital therapy as a treatment for depression », *Journal of Consulting et Clinical Psychology, 59*(4), p. 547-557.

Joiner, T.E., Alfano, M.S. et Metalsky, G.I. (1992). « When depression breeds contempt : Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates », *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), p. 165-173.

Joiner, T.E., Alfano, M.S. et Metlasky, G.I. (1993). « Caught in the crossfire : Depression, self-consistency, self-enhancement, and the response of others », *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*(2), p. 113-134.

Joiner, T.E., Jr. (2002). « Depression in its interpersonal context », dans I.H. Gotlib et C.L. Hammen (dir.), *Handbook of Depression,* New York, Guilford, p. 295-313.

Kahn, J., Coyne, J.C. et Margolin, G. (1985). « Depression and marital disagreement : The social construction of despair », *Journal of Social and Personal Relationships, 2*(4), p. 447-461.

Klinkman, M.S., Schwenk, T.L. et Coyne, J.C. (1997). « Depression in primary care – more like asthma than appendicitis : The Michigan Depression Project », *Canadian Journal of Psychiatry, 42*(9), p. 966-973.

Kurdek, L.A. (1998). « The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality over the first 4 years of marriage for first-married husbands and wives », *Journal of Family Psychology, 12*(4), p. 494-510.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E. *et al.* (2000). « The London Depression Intervention Trial : Randomized controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : Clinical outcome and costs », *British Journal of Psychiatry*, *177*, p. 95-100.

McCabe, S.B. et Gotlib, I.H. (1993). « Interactions of couples with and without a depressed spouse : Self-report and observations of problem-solving situations », *Journal of Social et Personal Relationships, 10*(4), p. 589-599.

Monroe, S.M., Bromet, E.J., Connell, M.M. et Steiner, S.C. (1986). « Social support, life events, and depressive symptoms : A 1-year prospective study », *Journal of Consulting et Clinical Psychology, 54*(4), p. 424-431.

O'Leary, K. (2002). « Treatment of marital discord and coexisting depression », dans S.G. Hofmann et M.C. Tompson (dir.), *Treating Chronic and Severe Mental Disorders : A Handbook of Empirically Supported Interventions*, New York, Guilford, p. 175-190.

O'Leary, K. et Beach, S.R. (1990). « Marital therapy : A viable treatment for depression and marital discord », *American Journal of Psychiatry, 147*(2), p. 183-186.

O'Leary, K., Christian, J.L. et Mendell, N.R. (1994). « A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology », *Journal of Social et Clinical Psychology, 13*(1), p. 33-41.

Ranelli, C.J. et Miller, R.E. (1981). « Behavioral predictors of amitriptyline response in depression », *American Journal of Psychiatry, 138*(1), p. 30-34.

Ruscher, S.M. et Gotlib, I.H. (1988). « Marital interaction patterns of couples with and without a depressed partner », *Behavior Therapy, 19*(3), p. 455-470.

Segrin, C. (1992). « Specifying the nature of social skill deficits associated with depression », *Human Communication Research, 19*(1), p. 89-123.

Segrin, C. et Flora, J. (1998). « Depression and verbal behavior in conversations with friends and strangers », *Journal of Language and Social Psychology, 17*(4), p. 492-503.

Seligman, M.E. (1974). « Depression and learned helplessness », dans R.J. Friedman et M.M. Katz (dir.), *The Psychology of Depression : Contemporary Theory and Research*, Oxford, Wiley.

Sichel, D. et Driscoll, J.W. (1999). *Women's Moods*, New York, Quill.

Spangler, D.L., Simons, A.D., Monroe, S.M. et Thase, M.E. (1996). « Gender differences in cognitive diathesis-stress domain match : Implications for differential pathways to depression », *Journal of Abnormal Psychology, 105*(4), p. 653-657.

Teichman, Y., Bar-El, Z., Shor, H. et Elizur, A. (1998). « Changes in cognitions, emotions, and behaviors in depressed patients and their spouses following marital cognitive therapy, traditional cognitive therapy, pharmacotherapy, and no intervention », *Journal of Psychotherapy Integration, 8*(1), p. 27-53.

Thase, M.E., Greenhouse, J.B., Frank, E., Reynolds, C.F., III, Pilkonis, P.A., Hurley, K. *et al.* (1997). « Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations », *Archives of General Psychiatry, 54*(11), p. 1009-1015.

Tokuyama, M., Nakao, K., Seto, M., Watanabe, A. et Takeda, M. (2003). « Predictors of first-onset major depressive episodes among white-collar workers », *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*(5), p. 523-531.

Troisi, A. et Moles, A. (1999). « Gender differences in depression : An ethological study of nonverbal behavior during interviews », *Journal of Psychiatric Research, 33*(3), p. 243-250.

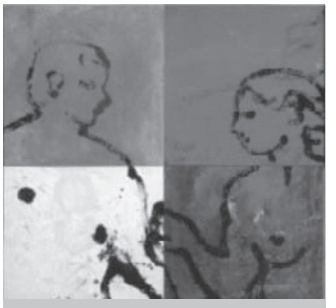
Weissman, M.M. (1987). « Advances in psychiatric epidemiology : Rates and risks for major depression », *American Journal of Public Health, 77*(4), p. 445-451.

Whisman, M.A. (2001). « The association between depression and marital dissatisfaction », dans S.R.H. Beach (dir.), *Marital and Family Processes in Depression : A Scientific Foundation for Clinical Practice*, Washington, American Psychological Association, p. 3-24.

Whisman, M.A. et Bruce, M.L. (1999). « Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample », *Journal of Abnormal Psychology, 108*(4), p. 674-678.

Whisman, M.A. et Uebelacker, L.A. (1999). « Integrating couple therapy with individual therapies and antidepressant medications in the treatment of depression », *Clinical Psychology : Science et Practice, 6*(4), p. 415-429.

Youngren, M.A. et Lewinsohn, P.M. (1980). « The functional relation between depression and problematic interpersonal behavior », *Journal of Abnormal Psychology, 89*(3), p. 333-341.



CHAPITRE

14

COUPLES AUX PRISES AVEC L'INFERTILITÉ

Michael J.L. Sullivan, Heather Adams et Nathalie Gauthier

Les professionnels de la santé physique et mentale jouent, depuis une dizaine d'années, un ensemble de rôles de plus en plus importants en planification familiale (Sauvageau, 2007). La gestion psychosociale des problèmes de fertilité constitue un de ces secteurs clés d'évaluation et d'intervention (Pasch et Christensen, 2000). Cette dernière problématique est d'ailleurs devenue une sous-spécialité bien distincte du domaine rapidement grandissant de la psychologie de la santé. Le rôle particulier du professionnel dépend en partie du moment précis où il traverse la trajectoire du couple. Nous avons défini quatre situations cliniques typiques où la consultation conjugale constitue une option thérapeutique valable.

1. Chez certains couples, rien ne fait obstacle à la conception d'un enfant, et pourtant les conjoints, ou l'un de ceux-ci, éprouvent diverses difficultés.

Plusieurs sont ambivalents et entretiennent des doutes : s'agit-il vraiment d'un projet parental valorisé également par les deux conjoints ? est-ce que la dynamique conjugale résistera à l'arrivée d'un enfant ? comment le projet de donner naissance à un enfant s'articulera-t-il à l'évolution de la carrière des partenaires ? Ces questionnements, souvent légitimes, se chronicisent parfois et ils se transforment en véritables guerres de tranchées : accusations (« tu me l'avais promis »), insultes (« tu n'es pas suffisamment mature pour t'occuper d'un enfant »), menaces (« si tu ne te décides pas bientôt, je te quitte ») et duperies (« j'ai arrêté de prendre la pilule il y a six mois sans t'en parler et je crois que je suis enceinte, allons-nous le garder ? »). Dans ce contexte, la psychothérapie de couple standard s'applique et elle peut prendre diverses formes : amélioration de la relation, résolution de l'ambivalence, intervention de crise ou minimisation des répercussions d'une éventuelle désunion.

2. Les progrès de la médecine font aussi en sorte qu'un nombre grandissant de couples sont rapidement informés, avant ou durant la grossesse, de risques pour la santé de la mère ou du fœtus. Ces risques ne sont pas tous de même gravité, mais ils représentent généralement des sources d'inquiétudes et de sérieux stresseurs qui taxent les stratégies d'adaptation des conjoints. Même s'ils sont mineurs, ces stresseurs biographiques se superposent parfois à d'autres situations critiques et ils aggravent les problèmes du couple. Ces événements mènent alors à des demandes d'aide professionnelle : consultation en vue d'ajustements mineurs ou intervention de crise visant à stabiliser les processus décisionnels (p. ex., accepter ou non la médication, poursuivre la grossesse ou l'interrompre, planifier l'encadrement médical et le soutien psychosocial avant, pendant ou après la grossesse).
3. Chez quelques couples, le projet de conception est paralysé par l'absence ou la rareté des relations sexuelles. Chez d'autres, la présence d'un trouble mental chez l'un des individus soulève de vives craintes. Par exemple, la coexistence de troubles des conduites alimentaires (anorexie ou boulimie) et d'une grossesse peut entraîner diverses interrogations chez les professionnels impliqués au dossier tout comme chez les conjoints. Enfin, dans certains cas, les conjoints souffrent de dysfonctions sexuelles ou conjugales (p. ex., le manque de confiance) qui entravent le projet parental.
4. Tel que décrit en profondeur dans le présent chapitre, plusieurs couples n'arrivent tout simplement pas à concevoir un enfant et ils consultent en clinique externe de fertilité. Lorsqu'une femme est enceinte après une fertilisation *in vitro* ou une insémination artificielle avec sperme de donneur, les partenaires ou l'un d'entre eux peuvent demander un suivi psychosocial afin d'être certains que leur enfant ou leur famille se développeront normalement. Quand les traitement médicaux échouent, la psychothérapie de couple s'avère une démarche efficace afin d'examiner la valeur de diverses options visant à optimiser le bien-être personnel ou conjugal : la viabilité d'un projet d'adoption, la pertinence d'une

démarche d'ajustement à une union sans enfant, la qualité des processus de deuil respectifs, la décision d'attendre et d'espérer que la situation se réglera éventuellement d'elle-même ou la dissolution de l'union.

En définitive, le choix d'un programme d'intervention dépend non seulement des caractéristiques singulières de la situation des conjoints, mais aussi des conditions de pratique de l'intervenant. Le programme d'orientation cognitive-interpersonnelle décrit dans ce chapitre répond magnifiquement aux besoins d'accompagnement des couples en clinique de fertilité qui n'éprouvent par ailleurs pas de dysfonctions conjugales graves. Évidemment, le programme doit être adapté pour tenir compte des situations où les problèmes de fertilité et la détresse conjugale aiguë ou chronique s'entrecroisent. Par exemple, certaines femmes remettent plus directement en question la viabilité de leur union lorsque leur conjoint refuse de s'impliquer dans une démarche de consultation en clinique de fertilité. De même, chez plusieurs couples dysfonctionnels, les problèmes de fertilité ne représentent qu'une sphère préoccupante parmi d'autres et l'intervention doit déborder largement les problèmes d'ajustement aux traitements médicaux. Ces multiples défis sont abordés brièvement en fin de chapitre.

1. COMPRENDRE L'INFERTILITÉ

De plus en plus de couples sont confrontés aux défis de l'infertilité. Puisque les exigences actuelles de la société obligent plusieurs couples à retarder le moment où ils seront parents, les facteurs liés à l'âge contribuent à une augmentation importante du nombre de couples qui éprouvent des difficultés à concevoir (Collins, 2004 ; Ford *et al.*, 2000). En 1978, le premier bébé conçu *in vitro* est né, marquant le début d'une nouvelle ère dans la procréation médicale assistée (PMA) (Steptoe et Edwards, 1978). La fécondation *in vitro* est devenue un traitement couramment appliqué pour l'infertilité. Les progrès en PMA ont nourri l'espoir de plusieurs couples aux prises avec les défis de l'infertilité.

Plusieurs consultations externes de fertilité spécialisées dans le traitement de l'infertilité rapportent des taux de succès atteignant 65 % pour des couples ayant reçu un diagnostic de stérilité primaire. Cependant, même avec des résultats statistiques prometteurs, une grande proportion de couples échoueront à concevoir un enfant. Pour plusieurs couples, la poursuite du succès de la reproduction sera marquée par l'impact émotionnel dévastateur des cycles menstruels marqués par l'échec, des effets secondaires de la médication et du coût élevé des traitements.

Au cours des dernières années, les chercheurs ont accordé une plus grande attention au bourbier émotionnel des couples aux prises avec l'infertilité (Domar et Siebel, 1997). Plusieurs études ont documenté le niveau élevé de stress associé à l'expérience de l'infertilité ainsi que l'impact psychologique d'un tel stress chez les individus qui ont des difficultés à concevoir (Benyamini *et al.*, 2005 ; Wright *et al.*, 1991). En réaction

à cette recherche, il y a eu une demande pour le développement de programmes d'intervention visant à augmenter l'habileté des couples à s'adapter au stress associé à l'infertilité (Domar *et al.*, 2000).

Ce chapitre décrit un programme d'intervention conçu pour aider les couples à s'adapter aux stress associés à l'infertilité et à la PMA. Le programme d'intervention diffère des approches traditionnelles de thérapie de couple par l'accent exclusif placé sur l'adaptation au stress associé à la reproduction. Le programme d'intervention est standardisé et sa durée ne dépasse jamais 8 semaines. Le programme d'intervention a été développé en réponse au besoin reconnu par le personnel de l'Endocrine Reproductive Clinic à Halifax, Nouvelle-Écosse. Des préoccupations ont été soulevées par le personnel de la clinique, qui considérait que le niveau de détresse éprouvé par les clients pourrait être suffisamment élevé pour compromettre la réussite de la reproduction. L'objectif de l'intervention était donc de réduire le niveau de stress des couples afin de diminuer la probabilité que le stress puisse avoir un impact négatif sur la réussite de la reproduction.

Le programme d'intervention décrit dans ce chapitre peut être qualifié d'approche cognitive interpersonnelle pour les couples. L'intervention provient en partie du *mind-body program* de Domar *et al.* (1990), du *Heidelberg fertility counselling model* (Wischmann *et al.*, 2002) et du *couple communication program* de Heitler (1990). Des aspects de ces différentes approches sont assemblés afin de constituer le programme standardisé de huit semaines où les couples ayant des problèmes d'infertilité rencontrent ensemble et séparément une équipe mixte de cothérapeutes. Les composantes de l'intervention visent à :

- faciliter le dévoilement ;
- explorer la nature et le sens des pertes associées avec l'infertilité ;
- augmenter la compréhension réciproque des stress de l'infertilité ;
- faciliter la communication de soutien ;
- développer des stratégies efficaces de réduction de stress ;
- développer des stratégies efficaces de résolution de problèmes.

Une brève révision des causes et des interventions médicales disponibles pour le traitement de l'infertilité sera d'abord présentée. Cette information de base est une plateforme pour examiner l'impact psychologique de l'infertilité. L'impact psychologique de l'infertilité constitue à son tour le fondement pour le développement du programme d'intervention décrit dans ce chapitre.

1.1. Causes de l'infertilité

Environ 10 % à 15 % des couples vivront des problèmes de fertilité (Stephen et Chandra, 1998). Environ 60 % des problèmes de fertilité sont attribuables à des facteurs associés à la femme (Collins, 2004). Les difficultés médicales qui contribuent à l'infertilité de la femme comprennent les troubles de l'ovulation, la pathologie tubaire et l'endométriose. Quelque 20 % des problèmes d'infertilité des couples peuvent être attribuables à des facteurs associés à l'homme (Hargreave, 1994). Les principales difficultés médicales qui peuvent contribuer à l'infertilité de l'homme sont la faible numération des spermatozoïdes et la morphologie anormale des spermatozoïdes (Hargreave, 1994 ; Hirsch, 2003). Environ 20 % des cas d'infertilité demeurent inexpliqués.

En général, les individus ne sont pas conscients de leur problème d'infertilité jusqu'à ce qu'ils tentent de concevoir. La majorité des individus ne s'interrogent jamais sur leur potentiel de fertilité et conçoivent alors leurs plans de vie avec la présupposition qu'ils sont fertiles. À mesure que le nombre d'efforts infructueux à concevoir augmente, les couples commencent lentement à prendre conscience qu'ils sont exposés à un problème. Un couple est considéré comme ayant un problème d'infertilité cliniquement significatif lorsqu'il a tenté sans succès de parvenir à une grossesse au cours d'une période minimale de un an (Collins, 2004).

Les évaluations cliniques sur l'infertilité commencent habituellement un compte rendu des stratégies du couple pour parvenir à une grossesse. Dans une petite proportion des cas, une difficulté à parvenir à une grossesse peut être due à de fausses idées ou un manque de connaissances concernant les paramètres de base de la reproduction humaine et peut être rectifiée en fournissant de l'information. Cependant, dans la majorité des cas, une évaluation clinique plus profonde sera nécessaire pour examiner les bases physiologiques du problème d'infertilité.

L'évaluation clinique du partenaire masculin est relativement simple, la cible primaire étant l'évaluation de la qualité et la quantité du sperme (Hargreave, 1994). Un test de qualité et quantité du sperme nécessite que le partenaire masculin se présente à un centre d'analyse spécialisé afin de produire un échantillon de sperme. L'échantillon de sperme doit être analysé à l'intérieur d'un délai d'une heure puisque le taux de mortalité des spermatozoïdes augmente rapidement à mesure que la température du sperme diminue. Plusieurs cliniques fournissent des revues et des films érotiques pour faciliter le processus de collecte de l'échantillon de sperme. Bien que moins intrusives que les procédures utilisées pour évaluer l'infertilité de la femme, plusieurs hommes rapportent que la production d'un échantillon de sperme dans un contexte clinique peut être très stressante.

Un sommaire exhaustif des procédures utilisées pour tester l'infertilité de la femme déborde l'étendue de ce chapitre. L'architecture du système reproductif de la femme est complexe et des problèmes peuvent survenir en raison d'une multitude de

facteurs (Siebel, 1996). Ainsi, nous présenterons un résumé des procédures et des problèmes les plus courants. Tester la fonction ovulatoire est une cible primaire de l'évaluation de l'infertilité de la femme. Un âge avancé, des irrégularités hormonales, des facteurs génétiques sont autant de facteurs pouvant contribuer à des problèmes ovulatoires (Siebel, 1996). Des tests sanguins et d'urine standard peuvent révéler des troubles de la fonction thyroïdienne, de la production de prolactine ou de progestérone qui peuvent contribuer à l'infertilité. Des radiographies des trompes de Fallope et de l'utérus peuvent aider à détecter des lésions ou des blocages. Des procédures plus intrusives, telles la laparoscopie ou l'hystéroscopie, sont aussi utilisées pour évaluer les troubles ou les dysfonctions possibles des ovaires, des trompes de Fallope et de l'utérus.

1.2. Gestion médicale de l'infertilité

Il y a plusieurs interventions de PMA, qui peuvent varier quant à leur durée, leur coût et leur niveau d'intrusion : l'insémination intra-utérine (IIU), l'insémination artificielle avec sperme de donneur, la fécondation *in vitro* (FIV), la fécondation *in vitro* avec microinjection intracytoplasmique (ICSI).

L'IIU est une procédure relativement simple impliquant la collecte d'un échantillon de sperme et, par la suite, un nettoyage et une concentration du sperme. Le sperme est introduit directement dans l'utérus au moment de l'ovulation. Cette procédure peut être combinée avec la superovulation, où la femme reçoit une médication pour augmenter le nombre d'ovules libérés lors de ce cycle.

Pour la FIV, l'intervention pharmacologique est utilisée pour manipuler le moment de l'ovulation et pour augmenter le nombre d'ovules libérés. Les ovules sont retirés et fécondés avec l'échantillon de sperme. Les embryons peuvent se développer pendant quelques jours et 3 à 5 des meilleurs spécimens sont réintroduits dans l'utérus. Puisque la probabilité de naissances multiples augmente avec le nombre d'embryons transférés, le couple et le médecin doivent prendre une décision concernant le nombre d'embryons à introduire dans l'utérus.

Dans le cas d'une faible numération des spermatozoïdes ou d'une faible mobilité des spermatozoïdes, une procédure telle que l'ICSI peut être recommandée. L'ICSI est similaire à la FIV, mais le sperme est introduit directement dans l'ovule lors d'une intervention chirurgicale.

Au Canada, les traitements de PMA ne sont pas couverts par l'assurance-maladie provinciale, à moins qu'une maladie pouvant causer l'infertilité soit décelée. Certains régimes d'assurance-maladie complémentaires peuvent couvrir certaines médications, mais peu couvrent le coût des interventions. La PMA est offerte dans le secteur public et privé de la santé, mais pour avoir accès à ce service, des frais sont exigés. Des trois interventions décrites plus haut, l'IIU est la moins chère, variant de 500 $ à 800 $ par cycle. Le coût de la FIV peut varier entre 4 000 $ et 6 000 $ par cycle alors que l'ICSI

peut engendrer des coûts atteignant 8 000 $ par cycle. Il n'est pas rare que les couples suivent des traitements pendant deux à trois cycles afin d'atteindre une grossesse. Continuer au-delà de cinq cycles n'est habituellement pas recommandé.

2. PSYCHOLOGIE DE L'INFERTILITÉ

2.1. Influences psychologiques sur la conception

Des écrits dans cette aire de recherche ont ciblé les origines psychogènes possibles de l'infertilité. Plusieurs auteurs ont fait allusion à des motivations « inconscientes » ou des conflits qui pourraient nuire aux succès de la reproduction (Bell, 1981). Peu de progrès ont été effectués dans ce domaine. Plusieurs des variables psychologiques impliquées comme facteurs causals de l'infertilité dans les modèles psychogènes ont été médiocrement décrites, impossibles à mesurer, ou ont été intégrées à des cadres théoriques ayant peu de valeur pour conceptualiser ou traiter l'infertilité.

Plus récemment, les efforts en recherche ont abordé le rôle potentiel du stress dans le développement de l'infertilité. Des données probantes indiquent que des niveaux élevés de stress peuvent avoir un impact sur la fécondité (Gallinelli, 2004). Des niveaux élevés de cortisols (Demyttenaere *et al.*, 1992), ainsi qu'une plus grande réactivité cardiovasculaire au stress ont été associés à des taux plus faibles de grossesse chez la femme (Facchinetti *et al.*, 1997) et chez l'homme (Tarabusi *et al.*, 2000) suivant des traitements de PMA. Il a été démontré, qu'une humeur négative et une faible estime de soi chez l'homme sont prédictives d'un plus faible taux de succès quant à la reproduction (Slade *et al.*, 1992). Une étude récente a trouvé que les femmes ayant un niveau de détresse conjugale élevé requièrent plus de cycles de FIV pour concevoir que les femmes ayant un faible niveau de détresse conjugale (Boivin et Schmidt, 2005). De tels résultats ont constitué les fondements au développement de programmes visant la réduction du stress pour les couples suivant des traitements de PMA. Des données laissent présumer que les interventions psychologiques peuvent être efficaces pour réduire la réactivité au stress des individus suivant des traitements de PMA (Facchinetti *et al.*, 2004). Il y a également des données qui suggèrent que les interventions psychologiques pour les femmes suivant des traitements de PMA peuvent entraîner une réduction de la détresse émotionnelle et aussi augmenter la probabilité de conception (Domar *et al.*, 2000 ; Tuschen-Caffier *et al.*, 1999).

2.2. Conséquences psychologiques de l'infertilité

Les recherches sur l'adaptation émotionnelle à l'infertilité ont souligné l'impact potentiel hautement complexe de l'infertilité sur une variété de modalités du fonctionnement psychologique. La majeure partie des études dans ce domaine de recherche a ciblé le fonctionnement émotionnel de la femme dans le contexte de l'infertilité (Griel, 1997). Au cours des dernières années, on a porté plus d'attention à l'impact émotionnel de l'infertilité chez le partenaire masculin (Carmeli et Birenbaum-Carmeli, 1994 ; Griel, 1997 ; Wright *et al.*, 1991).

Environ la moitié des femmes infertiles rapportent que l'infertilité a été la pire expérience ou l'expérience la plus stressante dans leur vie (Freeman *et al.*, 1985). Les études qui ont examiné les différences sexuelles quant à l'expérience de l'infertilité ont suggéré que l'infertilité pourrait être plus bouleversante pour la femme que pour l'homme (Ulbrich *et al.*, 1990 ; Wright *et al.*, 1991). Des recherches indiquent que les femmes, comparativement à leur partenaire masculin, sont plus engagées dans les efforts à concevoir, veulent davantage parler d'avoir un enfant et sont plus susceptibles de sentir que leur image de soi a été influencée par l'infertilité (Pasch *et al.*, 2002). Cependant, puisque plusieurs hommes peuvent être plus évitants que les femmes dans les relations intimes, ces conclusions ne devraient pas exclure l'investigation systématique des signes plus subtils ou indirects de détresse chez l'homme, tels que l'irritabilité, la consommation d'alcool, un investissement accru dans le travail ou une liaison extraconjugale.

Il n'est pas étonnant que la dépression et le deuil aient été abordés comme des éléments clés des réponses émotionnelles à l'infertilité (Domar *et al.*, 1992 ; Lukse et Vace, 1999 ; Wright *et al.*, 1991). Des questions reliées à la menace à l'identité (Griel, 1991), à la perte de contrôle (Abbey *et al.*, 1992 ; Becker, 1994), à la menace au statut dans la communauté (Sandelowski *et al.*, 1990), au sentiment d'aliénation (Sabatelli *et al.*, 1988) et à la stigmatisation (Miall, 1988) ont aussi été abordées comme des caractéristiques des réponses psychologiques à l'infertilité. Il y a des données indiquant que le stress de l'infertilité peut mener à une diminution du plaisir associé à l'intimité sexuelle et au développement de dysfonctions sexuelles (Benazon *et al.*, 1992 ; Braverman, 2004 ; Pepe et Byrne, 1991).

L'impact de l'infertilité sur la qualité des relations conjugales est flou. Certains couples semblent vivre une détérioration de leur relation conjugale en raison de l'infertilité, alors que d'autres rapportent que l'expérience a consolidé leur relation (Lieblum, 1997). Des cliniciens travaillant en thérapie conjugale peuvent être surpris de découvrir que des recensions des écrits n'ont pas trouvé de relation systématique entre l'infertilité et les dysfonctions conjugales (Griel, 1997 ; Slade *et al.*, 1992). Cependant, considérant le contenu clinique décrit dans ce chapitre, il est hautement probable que des recherches futures utilisant des instruments de mesure plus raffinés, auprès d'échantillons sélectionnés de couples, révéleront que l'infertilité peut être associée à des niveaux élevés de détresse conjugale.

Le fait de participer à des traitements de PMA peut aussi être associé avec une détresse importante (Beaurepaire *et al.*, 1994 ; Leiblum *et al.*, 1987). Des techniques telles que la FIV ou l'ICSI demandent beaucoup de temps et incluent des interventions médicales qui peuvent causer un important inconfort physique. Les effets secondaires de la médication utilisée lors de la PMA peuvent avoir des effets dramatiques sur le fonctionnement émotionnel.

D'un point de vue psychologique, la PMA a été décrite comme des montagnes russes d'espoirs et de déceptions tragiques (Hynes *et al.*, 1992). Par ailleurs, en plus du stress associé aux techniques de PMA, les couples font également face à la tension des cycles infructueux répétitifs (Williams, 1988). Les échecs répétés des cycles menstruels peuvent mener le couple à un sentiment de plus en plus pessimiste à propos de son avenir. Certains couples réagissent par des sentiments de victimisation, de colère et de dépression. D'autres tentent de trouver des solutions de rechange pour satisfaire leur besoin d'être parent ou d'élever un enfant.

Pour plusieurs couples, la PMA peut prendre des proportions dévorantes dans leur vie. En effet, en plus des défis émotionnels de la PMA, les semaines peuvent êtres remplies de visites dans des cliniques, d'injections autoadministrées de médicament, de ponctions des follicules ovariens et de transfert d'embryons. Les échecs répétés des cycles successifs peuvent bouleverser même la plus robuste des constitutions émotionnelles. Le fardeau émotionnel des échecs répétitifs à chaque cycle est souvent cité comme la principale raison de cesser le traitement (Domar, 2004). Les taux d'abandon des traitements de PMA varient entre 23 % et 45 % (Malcom et Cumming, 2004).

Actuellement, nous ne possédons que très peu d'information relativement aux effets à long terme qu'occasionne le fait de ne pas réussir à avoir d'enfant en dépit de la volonté du couple. Dans le même ordre d'idées, les conséquences à long terme des échecs répétés associés à la procréation médicale assistée sont également peu documentées. Comme d'autres expériences traumatiques, l'adaptation émotionnelle peut requérir une réorganisation importante des priorités de vie. Dans les situations où les besoins d'être parent ou d'élever un enfant demeurent inaccomplis, des sentiments de désespoir, d'aliénation existentielle, de retrait social et interpersonnel peuvent être vécus.

La dernière décennie a été témoin de l'émergence de plusieurs modèles d'intervention psychologique pour les femmes ou les couples aux prises avec un problème d'infertilité. Bien que des essais comparatifs n'ont pas encore été menés, les données probantes suggèrent que les interventions psychologiques peuvent produire des réductions significatives des niveaux d'anxiété et de dépression, facilitant ainsi l'adaptation à l'infertilité et pouvant même augmenter la probabilité de conception (Domar *et al.*, 2000 ; Schmidt *et al.*, 2005).

3. THÉRAPIE POUR LES COUPLES AUX PRISES AVEC L'INFERTILITÉ

3.1. Information de base et justification

Les stress associés à l'infertilité et à la PMA ne sont ni uniformes ni constants. Le stress de l'infertilité ou de la PMA varie plutôt considérablement à travers le temps et les phases de traitement.

Plusieurs couples commencent leur premier traitement de PMA en exprimant ouvertement peu de signes de détresse émotionnelle. Cependant, en fonction de la situation particulière dans laquelle le clinicien pratique, une détresse considérable peut être observée. Dans les cliniques externes de fertilité utilisant des outils de dépistage psychosociaux pour s'assurer que les individus et les couples sont aptes à la PMA, il ne serait pas surprenant que certains partenaires présentent une image socialement désirable. Tel que décrit dans les études de cas ci-dessous, il arrive qu'un partenaire ambivalent envers la PMA participe seulement pour plaire à son partenaire et cache cette image lors du dépistage psychosocial.

L'initiation aux traitements de PMA est souvent accompagnée d'un optimisme considérable. Le niveau d'espoir ou d'optimisme éprouvé par le client sera susceptible d'être lié à une combinaison d'une multitude de facteurs incluant les caractéristiques du client, la façon dont le programme de traitement a été présenté, ainsi que de l'information basée sur l'expérience (p. ex., les médias ou l'expérience d'autrui). L'espoir que les traitements de PMA mettront fin à leur lutte contre l'infertilité a un effet émotionnel protecteur. En effet, l'espoir demeure l'antidote le plus efficace contre l'anxiété et la dépression.

Lorsqu'un traitement de PMA échoue, l'impact émotionnel peut être dévastateur. Particulièrement pour les clients qui avaient beaucoup d'espoir, la chute émotionnelle peut être cruelle. Avec l'échec du traitement pour un cycle, l'espoir qui a tenu les symptômes d'anxiété et de dépression à distance diminue et l'individu peut alors se sentir émotionnellement bouleversé. L'échec d'un cycle peut déclencher une panoplie de réactions émotionnelles incluant la peur, la colère, le deuil et la dépression. L'échec des cycles de la PMA sera un défi d'adaptation important pour plusieurs couples. La détresse éprouvée par le couple peut parfois être débilitante.

Chaque cycle de traitement subséquent est perçu de façon moins enthousiaste. Les clients peuvent tenter de se protéger émotionnellement en ayant de très faibles attentes. D'autres auront même une conception très pessimiste des résultats du traitement, croyant que s'ils s'attentent au pire, ils seront au moins protégés et pourront même être agréablement surpris.

Un défi majeur des couples s'adaptant au stress de l'infertilité est que chaque partenaire du couple peut ressentir le stress et la perte associée à l'infertilité de différentes façons. Pour plusieurs femmes, l'infertilité ne représente pas seulement la perte d'un rêve, mais menace leur sentiment d'identité et leur sentiment d'avoir un but dans la vie. Pour plusieurs hommes, l'infertilité peut représenter la perte d'une occasion de transmettre le nom de la famille ou l'occasion d'observer le développement de leur enfant. Ils peuvent vivre le diagnostic comme une rétroaction négative sur leur masculinité et sur leurs capacités sexuelles. Les différentes perspectives quant aux pertes associées à l'infertilité peuvent compromettre les efforts pour trouver une position mutuellement acceptable.

La « responsabilité » de l'infertilité peut aussi jouer un rôle important quant à la façon dont les couples s'adaptent à leur situation. Lorsque la femme a été reconnue comme le partenaire ayant un problème de fertilité, elle peut se sentir « remplaçable » si elle ne réussit pas à concevoir. Lorsque l'homme a été reconnu comme le partenaire ayant un problème de fertilité, il peut sentir de la honte de sa « déficience » et un inconfort extrême à la perspective que l'information de sa « déficience » puisse être rendue publique.

Le programme d'intervention décrit dans ce chapitre a d'abord été mis en œuvre à la Reproductive Endocrine Clinic de l'hôpital IWK à Halifax, en 2002. Le programme a été conçu spécifiquement pour les individus qui étaient alors inscrits pour un traitement de PMA. Il regroupait des éléments de différents programmes décrits dans la littérature et introduisait des éléments qui n'étaient pas bien représentés dans d'autres programmes. Les composantes du programme d'intervention sont brièvement décrites ci-dessous, suivies par les études de cas qui soulignent certains des problèmes critiques que les couples aux prises avec l'infertilité peuvent affronter.

3.2. Structure du programme et orientation conceptuelle

Le développement du programme d'intervention décrit dans ce chapitre a été motivé en partie par les préoccupations du personnel concernant l'intensité de la détresse émotionnelle vécue par leurs clients. Par moments, la détresse des clients pouvait être assez intense pour nuire aux aspects procéduraux du traitement. Plusieurs clients de la clinique externe de fertilité ont aussi noté le besoin de services psychologiques. En ayant davantage conscience du rôle du stress sur le succès de la reproduction, les clients ont senti que le traitement de l'infertilité devrait être complété par des interventions visant à les aider à s'adapter au stress de l'infertilité.

Au cours du processus d'élaboration du programme, la décision a été prise de maintenir le programme centré sur des groupes cibles spécifiques et sur des objectifs de traitement spécifiques. Puisque la grande partie de la clientèle de la clinique et la clientèle la plus en détresse étaient les couples suivant la FIV, ce groupe a été sélectionné comme groupe cible. Il était prévu que le programme d'intervention soit mis en œuvre de façon concomitante avec les traitements de la FIV. Les clients des autres services de reproduction pouvaient aussi avoir accès aux services psychologiques, mais n'étaient pas particulièrement considérés pour le programme d'intervention décrit ici.

La diminution du stress a été choisie comme le principal objectif du traitement. Cette décision de cibler la diminution du stress visait à accroître la cohésion des buts entre le traitement de FIV et l'intervention psychologique. Les couples sollicitaient des services à la Reproductive Endocrine Clinic afin de parvenir à une grossesse. Une

intervention psychologique pour aider les clients à minimiser la probabilité que le stress ait un impact négatif sur la conception était cohérente avec l'objectif principal des clients.

Les stratégies ou les techniques d'intervention utilisées dans le cadre du programme ont été choisies principalement en fonction des recherches démontrant leur efficacité à réduire le stress. Une combinaison de techniques, incluant le dévoilement émotionnel, la communication de soutien et la résolution de problèmes, avaient pour but d'outiller les couples afin qu'ils puissent s'adapter efficacement aux stress associés à l'infertilité et aux traitements de l'infertilité.

La diminution du stress comme cible de traitement est ce qui rend ce programme d'intervention différent des approches traditionnelles à la thérapie de couple. Le programme d'intervention n'a pas été conçu pour modifier substantiellement le fonctionnement conjugal. Il visait plutôt à aider les couples à affronter les stress et les tensions découlant de leur traitement actuel de FIV. Si l'intervention suscitait des problèmes que le couple désirait explorer plus en profondeur, une intervention supplémentaire pouvait être envisagée avec les conjoints à la fin de l'intervention visant à réduire le stress. Les clients étaient informés qu'un éventail de services étaient disponible soit au centre, soit dans leur localité, s'ils désiraient poursuivre des traitements additionnels.

Ce programme diffère également des approches traditionnelles de thérapie conjugale en ce qui a trait à l'objectif du traitement. Lorsque les couples entreprennent une thérapie de couple, la relation est la cible du traitement et le but de l'intervention inclut souvent une forme de transformation de la relation. Ce n'était pas le cas des couples référés au programme de traitement décrit dans ce chapitre, qui arrivaient avec leur état de stress en thérapie. La relation n'était pas la cible de traitement, mais plutôt le véhicule par lequel il était possible de réduire le stress. Comme les études de cas l'illustreront clairement, l'objectif visant à réduire le stress aura des implications majeures pour l'orientation clinique qui sera choisie ou non à différents moments décisifs du traitement.

En adoptant une approche d'intervention structurée et standardisée, il était possible de fournir de l'information aux clients concernant les buts, le format, la durée et le contenu du programme. Cette procédure a été privilégiée, compte tenu du fait que la majorité des clients suivant le traitement de la FIV n'étaient pas nécessairement des individus qui auraient recherché une thérapie de couple dans des circonstances différentes. Alors que les problèmes psychologiques sont centraux à l'expérience de l'infertilité, il y a une sous-utilisation marquée des services psychologiques par les clients des traitements de PMA. En décrivant clairement les dimensions procédurales et les objectifs du programme d'intervention, nous sentions que nous pourrions diminuer les appréhensions des clients concernant une participation à une intervention psychologique.

L'intervention décrite ci-dessous est un programme standardisé de huit semaines qui vise à faciliter les efforts du couple à s'adapter au stress de l'infertilité et de la PMA. Le programme d'intervention était offert par une clinique psychosociale du secteur privé (Fenwick Psychological Services, de Halifax), en collaboration avec la Reproductive Endocrine Clinic de Nouvelle-Écosse. Tous les clients participant à un traitement de FIV ont reçu une brochure décrivant le programme d'intervention. Les clients avaient la possibilité de s'inscrire par eux-mêmes au programme. Généralement, les références étaient suggérées par le médecin traitant ou l'infirmière de la Reproductive Endocrine Clinic. Le coût du programme de huit semaines était d'environ 1 200 $ et était couvert par l'assurance-maladie complémentaire des clients.

Une séance de 50 minutes était planifiée hebdomadairement. Dans les séances 1 à 3 de l'intervention, le couple rencontrait deux cothérapeutes de sexe opposé. L'approche de cothérapie visait à augmenter la probabilité que chaque membre du couple sente que ses préoccupations étaient comprises. Certains problèmes concernant la relation, la sexualité et la reproduction sont plus faciles à communiquer à un thérapeute de même sexe. Lors des séances 4 à 6, chaque partenaire rencontrait individuellement le clinicien de même sexe. Lors des séances 7 et 8, le couple rencontrait les deux membres de l'équipe de cliniciens.

Plusieurs cliniciens estimeront qu'il y a un risque à combiner des interventions de couple et des séances individuelles. Lors des séances individuelles, les clients peuvent profiter de l'occasion pour partager des « secrets » ou d'autres informations délicates qui n'ont pas été partagées dans les séances de couple. Ce problème d'information privée et partagée a été abordé avec chaque couple lors de la séance 3, avant la première séance individuelle. Les couples étaient informés que toute information abordée dans chaque séance devait être considérée comme de l'information accessible aux deux partenaires du couple. Ils étaient informés de la position difficile dans laquelle ils pouvaient placer le clinicien si des secrets étaient partagés lors des séances individuelles. Si les clients requéraient de l'aide pour développer une approche constructive pour partager de l'information délicate avec leur partenaire, le clinicien pourrait les aider. Cependant, il était souligné que si de l'information était révélée au clinicien avec l'indication de garder le secret, de telles situations compromettraient le progrès du traitement plutôt que de le faciliter.

3.3. Évaluation

L'évaluation standardisée des couples référés au traitement incluait une entrevue clinique et des instruments de mesure autorapportés sur l'ajustement conjugal et le fonctionnement émotionnel. L'entrevue servait principalement à faciliter le développement d'une relation thérapeutique avec chacun des partenaires du couple. Des techniques de dévoilement et de reflet empathique étaient utilisées pour faciliter le « récit de l'histoire » des stress que le couple avait supportés jusqu'ici. Les couples remplissaient aussi l'échelle

d'ajustement dyadique (DAS ; Spanier, 1976), l'échelle d'anxiété situationnelle et de trait (STAI2 ; Spielberger, 1996), l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II ; Beck, Steer et Garbin, 1988) et l'Infertility Experiences Questionnaire (IEQ ; Sullivan, 2002), un instrument de mesure de la victimisation perçue et de la colère. Ces instruments psychométriques ont été choisis comme indicateurs des variables qui étaient visées par l'intervention. Dans les études de cas rapportées ci-dessous, les résultats sur ces instruments de mesure sont communiqués en valeurs centiles ; un résultat élevé indique une détresse et une dysfonction élevée. Des résultats au-dessus du 75e centile sont considérés comme cliniquement significatifs.

Bien que le programme d'intervention soit standardisé, les résultats de l'évaluation sont utilisés pour personnaliser la cible de traitement en fonction des besoins spécifiques des clients. Les résultats de l'évaluation sont communiqués au couple lors de la deuxième séance du programme, dans le contexte d'une discussion concernant les objectifs de traitement.

Si le DAS indiquait des niveaux élevés de discorde relationnelle, cela indiquerait au clinicien que les ressources de soutien conjugal pouvaient être limitées dans cette relation. Le clinicien pouvait choisir d'explorer les caractéristiques essentielles de la discorde relationnelle.

> Les résultats obtenus sur un des instruments des mesures que vous avez remplis suggèrent que vous vivez des difficultés dans votre relation. Pour certains couples, ceci peut signifier qu'il y a une tendance à argumenter à propos de plusieurs problèmes dans la relation. Pour d'autres couples, ceci peut signifier qu'il y a une distance émotionnelle dans la relation. Selon vous, qu'est-ce qui décrit le mieux certaines de vos difficultés ?

Si le couple répondait qu'il y avait un niveau élevé de conflits, alors la résolution de problèmes pouvait être une cible de traitement. Les stratégies de résolution de problèmes peuvent être une façon efficace de réduire le stress. Si les partenaires indiquaient qu'ils étaient préoccupés par une distance émotionnelle entre eux, alors des stratégies de « rapprochement » pouvaient être utilisées pour réduire le stress. Dans ce cas, le clinicien pouvait choisir de suggérer des activités de couple qui étaient auparavant dans leur répertoire d'activités alors qu'ils se sentaient plus proches.

Le BDI, le STAI et l'IEQ servaient principalement à obtenir un « profil émotionnel » pour chacun des partenaires. Tel que décrit ci-dessous, les individus varient par rapport à leurs réactions émotionnelles dominantes au stress de l'infertilité. Les résultats d'un client sur des instruments de mesure de dépression (BDI-II), d'anxiété (STAI) et de colère (IEQ) alertaient le clinicien quant au type de travail cognitif nécessaire pour réduire l'intensité des émotions reliées au stress.

3.4. Faciliter le dévoilement

Dans la première étape du programme d'intervention (séance 1-3), les couples sont encouragés à partager les stress vécus à la suite de leur infertilité et des traitements de PMA en cours. L'objectif de cette première étape est, en partie, d'établir un lien et de développer une relation thérapeutique. Une autre raison de faciliter le dévoilement est de tirer avantage du soulagement qu'apporte le dévoilement sur le stress.

L'infertilité est un stress de vie qui est associé avec un certain niveau de stigmatisation et peut mener à l'inhibition du dévoilement. Plusieurs études ont souligné les conséquences aggravantes du secret et des effets bénéfiques du dévoilement émotionnel sur le stress (Pennebaker, 1995 ; Schwartz, 1990). Des études ont également montré que l'inhibition d'informations lourdement chargées émotionnellement peut mener à l'hyperréactivité, à l'augmentation de la tension musculaire et à la diminution des réactions immunitaires (Esterling *et al.*, 1990). Il a été démontré que le dévoilement émotionnel produit des réductions subjectives de détresse et de tension et augmente la réponse immunitaire.

L'inhibition du dévoilement peut également mettre en péril le soutien social. Un réseau social ne peut se mobiliser que lorsqu'il est conscient qu'un agent stressant existe et que le soutien est requis. Le secret ou l'inhibition du dévoilement peut être une façon efficace d'éviter la stigmatisation sociale de l'infertilité, mais peut aussi augmenter la probabilité que l'individu ne reçoive pas le soutien social dont il a besoin pour s'adapter adéquatement au stress de la situation.

Les conjoints sont invités à dévoiler leur situation non seulement en séance, mais également à leur famille et à leurs amis intimes. Ce sujet est toujours abordé délicatement, en respectant l'opinion du client quant aux avantages et désavantages associés au dévoilement auprès de la famille et des amis. Les clients sont sensibilisés au fait que le dévoilement n'est associé à des avantages émotionnels que si la réaction au dévoilement en est une de soutien. Le dévoilement auprès d'un public critique ne fera qu'accentuer la détresse émotionnelle (Pennebaker, 1995).

La question du dévoilement auprès d'amis et de la famille est abordée principalement pour faciliter l'accès de la femme au soutien en dehors de la relation conjugale. L'homme et la femme peuvent nettement différer dans leur façon de s'adapter au stress. La femme préfère souvent une démarche de « rapprochement social » alors que l'homme préfère souvent une démarche de « retrait social » (Taylor, 2000). Au début de notre travail avec ce groupe de clients, il est devenu clair que la démarche privilégiée de la femme pour s'adapter était fréquemment incompatible à la démarche privilégiée de l'homme, soit le secret. Par conséquent, nous avons choisi d'aborder le problème des différences entre les sexes quant aux démarches d'adaptation tôt dans le traitement. Lorsque l'homme se rendait compte qu'il ne serait probablement pas capable d'agir

(efficacement) en tant qu'unique destinataire du dévoilement émotionnel de sa partenaire, il était plus ouvert à l'idée que celle-ci partage de l'information à propos de leur situation d'infertilité avec des amis intimes et la famille.

3.5. Explorer la nature et le sens des pertes associées à l'infertilité

La perte est le thème qui ressort de plusieurs des défis auxquels le couple infertile est confronté. L'échec à concevoir est associé avec des risques relatifs à la non-réalisation des rêves, à la perte d'identité et de statut social, au retrait de la participation à la vie en communauté, ainsi qu'à l'échec possible de la relation conjugale. Ces pertes potentielles qui menacent le couple sont associées à un stress considérable.

Le déni est une approche habituelle pour gérer les pertes potentielles (Horowitz, 1986 ; Roth et Cohen, 1986). Puisque l'anticipation de la perte est seulement une « idée », il n'y a pas lieu de s'adapter à une perte. L'évitement est possible tant qu'il y a peu de signaux environnementaux indiquant qu'il y a eu perte. Éviter l'idée bouleversante peut sembler une stratégie adaptative pour réduire la détresse émotionnelle, à court terme du moins.

Cependant, l'évitement peut empêcher le couple de se mobiliser ou de développer les ressources d'adaptation nécessaire pour gérer efficacement les conséquences négatives, si elles surviennent. Afin d'aider le couple à développer les ressources d'adaptation préparatoires nécessaires pour gérer avec succès les conséquences négatives potentielles, le couple doit d'abord reconnaître la possibilité de l'échec du traitement de PMA. Ainsi, le couple est encouragé à explorer la signification des différentes pertes associées à l'infertilité.

À la fin de la première séance, chaque partenaire est invité à remplir un formulaire détaillant sa perception de ce qui serait « perdu » si le traitement de PMA n'était pas réussi. Il est demandé aux partenaires du couple de remplir individuellement le formulaire en leur indiquant qu'à la prochaine séance, l'information sera partagée. Une question générale apparaît dans le haut du formulaire : « Veuillez décrire quelles sont les différentes "pertes" que vous ressentiriez si vos efforts pour devenir parent n'étaient pas fructueux. »

Cet exercice est un outil puissant du programme d'intervention. Plusieurs couples indiquent qu'ils n'étaient pas conscients jusque-là de toutes les pertes qu'ils craignaient de vivre si le traitement de PMA n'était pas réussi. À tour de rôle, il est demandé à chaque partenaire du couple de lire à voix haute les pertes qu'il craint de vivre. Des différences significatives entre les sexes émergent fréquemment de cet exercice. La femme peut déclarer qu'elle a peur de passer à côté des expériences reliées aux comportements maternels et à l'inclusion sociale. Il peut s'agir de l'expérience d'être enceinte, d'enfanter, de voir le visage de l'enfant pour la première fois, des réactions de parents à la naissance d'un petit-enfant ou des premiers mots de l'enfant. D'un autre

côté, l'homme peut rapporter la perte de l'occasion de transmettre le nom de la famille, la perte de la possibilité d'enseigner différentes habiletés de vie ou la perte de l'expérience de voir son épouse comme une mère.

Les couples sont informés que ces pertes anticipées auront un impact sur leur état émotionnel à chaque cycle reproductif marqué par l'échec. Ils sont invités à envisager des façons pour réduire l'impact émotionnel de « l'appel de la clinique » porteur de mauvaises nouvelles. Il est demandé au couple de réfléchir aux stratégies qu'il pourrait utiliser et à celles qui seraient utiles pour aider les efforts d'adaptation du partenaire.

L'accent mis rapidement sur les questions de pertes était stratégique. Ne pas confronter les questions reliées aux pertes semble permettre un processus important de déni (ou d'évitement) qui, à son tour, compromet le travail thérapeutique. Les processus de déni sont trop souvent invoqués et maintenus lorsqu'il n'y a pas de réalité objective pour les défier (Horowitz, 1986). Notre expérience avec les couples en traitement ayant des niveaux élevés d'affect positif incongrus avec la situation nous a aidés à prendre conscience que la thérapie ne pouvait progresser que si les questions de pertes étaient directement abordées.

L'accent rapide sur la perte a mené certains clients à vivre et exprimer une détresse émotionnelle considérable lors des séances. Alors que les séances étaient souvent difficiles, c'était seulement à travers le processus d'exploration de l'impact des pertes anticipées ou craintes que le travail pouvait commencer quant au développement de stratégies d'adaptation efficaces.

La perte n'est pas la seule dimension qui sous-tend l'expérience d'un couple aux prises avec l'infertilité. Les réactions émotionnelles varient considérablement en fonction de la façon dont un événement est interprété (Lazarus, 1991). Les événements interprétés en termes de pertes (« J'ai perdu ma chance de devenir une mère ») engendreront des émotions, telles que la tristesse, le deuil ou la dépression. Des événements interprétés comme étant susceptibles d'entraîner des pertes (« Si ceci ne fonctionne pas, il se peut que je ne comble jamais mon rêve de devenir une mère ») susciteront des émotions, telles que l'anxiété ou la peur. Enfin, des événements interprétés en termes d'injustice (« Ce n'est pas juste ») engendreront des émotions, telles que la frustration ou la colère.

Lorsqu'un événement est perçu comme une perte ou une injustice, les individus auront tendance à percevoir l'injustice plutôt que la perte. La colère est une émotion qui peut être associée à un sentiment de pouvoir qui est souvent préférable au sentiment de défaite associé à la tristesse ou à la dépression. Bien qu'aussi bouleversantes que la dépression, les manifestations de colère entre les partenaires d'un couple engendreront malheureusement comme conséquence un détachement émotionnel visant à se protéger et, par la suite, une diminution des ressources de soutien disponibles (Heitler, 1990).

Une partie du traitement vise à informer les individus à propos de la relation entre les interprétations cognitives et les réactions émotionnelles, ainsi que de la relation entre les manifestations de colère et le détachement émotionnel.

3.6. Augmenter la compréhension réciproque des stress de l'infertilité

Comme chaque partenaire entend l'autre décrire les pertes qu'il anticipe, les deux ont la possibilité de partager leurs préoccupations, tout en ayant une meilleure compréhension des différences quant à la façon dont l'infertilité a un impact dans leur vie. Lorsque chacun des conjoints a entendu la liste des pertes de son partenaire, il leur est demandé s'il y a des éléments sur la liste qu'ils ne savaient pas ou qui les ont surpris.

Les discussions portant sur les pertes peuvent être importantes pour promouvoir une meilleure solidarité dans le couple. La similarité des expériences perçues encourage l'échange et facilite la communication de soutien. La discussion sur les différences d'expériences quant aux pertes anticipées peut être utile pour faciliter l'exploration des expériences de chacun des partenaires.

En plus des discussions sur les pertes anticipées, les partenaires sont invités à partager à tour de rôle leur expérience des stress associés à l'infertilité. Des questions telles que « quels ont été les moments les plus difficiles au cours des derniers mois ? » peuvent être utiles pour promouvoir la discussion sur les stress. Encore une fois, la table est mise pour échanger sur les similitudes et les différences.

Même si les couples aux prises avec l'infertilité sont parfaitement conscients de leur détresse, ils sont rarement conscients des facteurs psychologiques qui sous-tendent leur détresse. Puisque les partenaires peuvent vivre le stress de l'infertilité de façons très différentes, augmenter la compréhension de chacun des partenaires sur l'expérience d'autrui est une composante importante du développement de comportements de soutien réciproques.

À travers ces discussions, les cliniciens prennent l'occasion d'aider les partenaires à développer l'écoute active et réceptive (Greenberg, 1984). Les partenaires en détresse peuvent parfois tenter de se mobiliser de façon compétitive afin que leur propre détresse soit reconnue tout en ignorant ou minimisant la détresse de leur partenaire. Les partenaires peuvent aussi communiquer de telle façon que le partenaire qui écoute se sent blâmé ou critiqué pour la situation actuelle (Heitler, 1990).

Plutôt que d'aborder les sources potentielles de comportements communicatifs compétitifs, défensifs ou blâmants, ce qui pourrait être la cible d'une forme plus traditionnelle de thérapie de couple, l'objectif était d'abord d'attirer l'attention du partenaire sur ses énoncés non constructifs. Ainsi, il était possible d'en souligner les conséquences négatives et d'amener le couple à discuter de la façon dont les messages peuvent être transmis d'une façon plus constructive tout en soutenant l'autre.

A. Faciliter la communication de soutien

Deux des objectifs de la troisième séance sont d'aider les clients à devenir plus conscients de leurs besoins émotionnels et à communiquer efficacement leurs besoins envers leur partenaire. Dans un exercice, le clinicien demande au partenaire féminin d'imaginer une situation où le prochain cycle de traitement serait un échec. Les conjoints doivent décrire leur réaction anticipée et exprimer de quoi ils pourraient avoir besoin de la part de leur partenaire lors de cette journée. Les clients doivent aussi décrire les types de réactions de leur partenaire qui ne seraient pas perçues comme utiles. Lorsque chacun des partenaires a partagé ses réactions anticipées et ses besoins dans l'éventualité de l'échec d'un cycle, le clinicien aide les partenaires à réfléchir aux meilleures façons de répondre aux besoins de chacun.

B. Conscience et réduction du stress

Au cours des séances 4 à 6, chacun des partenaires est rencontré séparément par le thérapeute de même sexe. Ces séances visent toujours à explorer les facteurs pouvant contribuer à la détresse et le thérapeute explore les questions reliées à la sécurité, à l'identité et au sentiment d'utilité. Des consignes sont fournies aux clients quant à l'utilisation de stratégies pour réduire la détresse telles que de se changer les idées, de se détendre et de remettre les choses en perspective. Les exercices suggérés peuvent inclure la tenue d'un journal de bord relatant les situations stressantes, ainsi que les réponses comportementales et émotionnelles qui y sont associées (Beck *et al.*, 1978). Ces exercices sont utilisés comme plateforme pour examiner le rôle des évaluations négatives ou pessimistes de l'issue d'une situation, tel que décrit au chapitre 6. Le clinicien aide à conscientiser les clients au sujet de leur tendance à avoir des pensées erronées et à développer des approches efficaces pour s'adapter au stress qu'ils vivent.

C. Soutien réciproque et résolution de problèmes

Les deux dernières séances réunissent le couple et les deux cothérapeutes. Ces séances servent à aider chacun des partenaires à mieux comprendre ses besoins de soutien lors des périodes stressantes et les signaux pouvant indiquer le besoin d'obtenir du soutien. Les dernières séances servent aussi de projection vers l'avenir et encouragent le couple à s'engager dans une résolution de problèmes coopérative afin de gérer un éventail hypothétique de situations difficiles futures.

Lors de ces séances, les couples doivent imaginer différents scénarios possibles dans l'éventualité où le traitement de PMA échouerait. Ces scénarios incluent habituellement la perspective d'une vie sans enfants, l'adoption locale, l'adoption à l'étranger et la possibilité de devenir une famille d'accueil. Chacun des scénarios est élaboré dans la perspective qu'ils puissent mener à la satisfaction de leurs besoins d'être parent ou

d'élever un enfant. Le but de ces séances n'est pas d'insister pour que le couple trouve des alternatives à la poursuite d'un idéal de grossesse, mais plutôt d'explorer de façon informelle les avantages et désavantages de chacun de ces scénarios possibles.

Lors de la dernière séance, l'accent est mis sur l'importance de maintenir la solidarité et le soutien au cours du processus de traitement de PMA. Le couple est encouragé à considérer que l'objectif principal d'une relation est de collaborer pour se construire une vie des plus satisfaisantes et signifiante. Fonder une famille est une façon de combler cet objectif, mais ce n'est pas la seule.

4. EXEMPLES DE CAS

4.1. Marie et Jacques

Jacques et Marie avaient des niveaux élevés de détresse à la suite de l'échec de leur premier cycle au Reproductive Endocrine Centre. Lors des premières séances, Marie racontait qu'elle avait toujours rêvé de devenir une mère et qu'elle ne pouvait imaginer une vie sans enfant. Elle expliquait qu'elle avait abandonné plusieurs perspectives de carrière afin de s'assurer que son style de vie serait conciliable avec une vie de famille.

L'évaluation médicale a révélé un diagnostic d'infertilité inexpliqué et la FIV était recommandée comme traitement privilégié. À la suite de l'explosion émotionnelle du premier cycle marqué par l'échec, Jacques et Marie ont décidé de retarder le prochain cycle jusqu'à ce qu'ils aient pu obtenir une intervention psychologique.

À la première évaluation, Marie a obtenu un résultat de 120 à l'échelle d'ajustement dyadique (DAS). Des résultats au dessus de 100 reflètent habituellement un ajustement dyadique positif. Elle a obtenu un résultat au 80^{e} centile (cliniquement significatif) à l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), au 30^{e} centile à l'IEQ et au 75^{e} centile (cliniquement significatif) à l'échelle d'anxiété situationnelle et de trait (STAI). Jacques a obtenu un résultat de 107 au DAS et a obtenu un résultat au 7^{e} centile au BDI-II, au 10^{e} centile à l'IEQ et au 63^{e} centile au STAI.

L'évaluation a révélé une relation essentiellement positive caractérisée par peu de conflits et des niveaux élevés d'intimité perçus. La dépression et l'anxiété étaient les réactions émotionnelles dominantes pour Marie alors que pour Jacques, c'était l'anxiété. Pour Marie, la perte constituait une dimension importante de sa perception actuelle de la situation, tandis que pour Jacques c'était plutôt la menace qui planait à propos des différentes pertes possibles qui constituait le facteur le plus important.

Pour Marie, l'incapacité d'avoir un enfant menaçait non seulement son rêve de devenir parent, mais son identité même. Sans enfant, elle considérait qu'elle ne se sentirait pas complète, et à une occasion, elle a mentionné que sans enfant, elle ne voyait pas de raison de continuer à vivre.

Quand on a demandé à Marie ce qu'elle craignait de perdre si le traitement d'infertilité était infructueux, elle a déclaré ce qui suit :

Je ne saurai jamais ce que c'est que d'être enceinte.
Je ne saurai jamais ce que c'est que de voir le visage de mon enfant pour la première fois.
Je ne saurai jamais ce que c'est que de sentir le corps de mon bébé contre moi.
Je ne pourrai jamais tenir la main de mon mari et sourire alors qu'il regarde notre enfant faire ses premiers pas.
Je n'aurai plus de raison d'être.

Quand on a demandé à Jacques quelles étaient les pertes associées avec l'infertilité, il a répondu ce qui suit :

La perte d'un esprit de famille.
La perte d'un sentiment d'appartenance.
La perte de la sécurité lors de la vieillesse.
La perte de la fierté.

Chacun des partenaires était éploré, alors qu'il écoutait l'autre lire la liste des pertes qu'il craignait. À travers cet exercice, ils ont pu mieux comprendre l'expérience d'infertilité de l'autre. La discussion qui a suivi était marquée par la tristesse et la colère. La tristesse de Marie est ressortie lors de sa réflexion sur ses pertes, sa colère est ressortie de ses réflexions quant à l'injustice de l'infertilité : « Je sens que je suis punie. Je ne peux croire ce qui m'arrive. La majorité des gens ne comprend pas à quel point c'est bouleversant. »

Bien que chacun des partenaires éprouvât un sentiment de perte, la nature de ces pertes était nettement différente. Selon les descriptions de Marie, il est devenu clair qu'elle avait passé du temps à imaginer tous les « moments » associés à la maternité. De plus, son identité était entremêlée avec ses rêves de devenir une mère. Lorsque le rêve s'est envolé, une partie de son identité s'est volatilisée aussi.

Jacques percevait les pertes plus au niveau du sentiment d'appartenir à une communauté. En tant que père, il prendrait sa place en tant que membre d'une communauté de familles. Les pertes de Jacques impliquaient aussi son incapacité à ressentir la fierté d'être un père.

Une force de ce couple était son niveau élevé de satisfaction conjugale et l'expression de son engagement envers la relation en dépit de l'issue. Jacques avait un rôle soutenant à travers tous les défis que le couple avait rencontrés. Malheureusement, son soutien inébranlable a fait de lui une cible facile pour la colère de Marie envers la situation à laquelle elle était exposée.

Une cible importante de l'intervention était d'aider Marie à comprendre comment les menaces à ses rêves et son identité engendraient des sentiments intenses de peur, de colère et de dépression. Elle ressentait de la colère en réaction à l'injustice perçue de sa situation actuelle. Elle ressentait de la dépression puisqu'elle avait l'impression qu'elle ne pouvait rien faire pour changer la situation.

Marie pouvait comprendre qu'il y avait des avantages à apprendre des stratégies pour gérer plus efficacement ses sentiments de détresse. Sa dépression l'incitait à éviter Jacques et par conséquent, ce dernier avait de la difficulté à lui fournir du soutien lorsqu'elle en avait besoin. Sa colère repoussait Jacques, réduisant ainsi les chances qu'il soit disponible pour lui apporter le soutien dont elle avait besoin.

Lors des séances avec l'équipe de cothérapeutes, chaque perte anticipée a été abordée à tour de rôle, en mettant l'accent sur la façon dont le couple prévoyait s'adapter à la perte si elle devenait réalité. Les thérapeutes ont demandé aux partenaires de réfléchir sur des questions, comme par exemple : « de quoi auriez-vous besoin si c'était la situation à laquelle vous auriez à vous adapter ? » et « de quoi auriez-vous besoin de la part de votre partenaire ? ».

Marie a indiqué qu'elle aurait besoin de Jacques pour parler de la situation et qu'elle aurait besoin qu'il soit avec elle les journées où elle viendrait à la consultation externe de fertilité. Elle voulait sentir que Jacques était aussi impliqué qu'elle devait l'être dans le processus. L'attention de Jacques était principalement centrée sur les besoins de Marie. Il reconnaissait que les explosions émotionnelles découlant des cycles marqués par l'échec et le stress émotionnel des procédures de la FIV seraient plus difficiles pour Marie que pour lui. Il souhaitait faire tout ce qui serait nécessaire pour soulager la détresse de Marie.

Bien que Jacques fût soutenant dans plusieurs domaines, il avait de la difficulté à être « engagé » à chaque fois que Marie désirait discuter de leur situation. Jacques sentait qu'ils s'étaient inscrits pour recevoir l'aide d'experts et que leur rôle maintenant était de suivre les directives des experts. Quotidiennement, Marie désirait parler des symptômes qu'elle ressentait. Elle voulait parler de ses inconforts, des ballonnements, de la douleur sur un côté et de sa fatigue. Elle voulait aussi parler de ce que le médecin avait voulu dire lors de sa déclaration à la dernière visite, ou s'ils prenaient la médication correctement, ou s'ils avaient sélectionné la bonne clinique. Lors des séances, Marie a déclaré qu'elle sentait souvent que les préoccupations qu'elle exprimait étaient rejetées par Jacques. Jacques s'est protégé en indiquant qu'ils faisaient tout en leur pouvoir pour concevoir. Il a perçu une demande lorsque Marie a partagé ses préoccupations reliées à la FIV, mais il ne savait pas comment « régler » le problème. Marie a pu expliquer que tout ce dont elle avait besoin était qu'il l'écoute et tente de comprendre ce qu'elle vivait. Bien que Jacques puisse ne jamais savoir exactement ce que Marie vivait, il semblait disposé à essayer.

Lors des séances avec le thérapeute du même sexe, des stratégies de réduction du stress ont été enseignées à Marie. Des techniques de relaxation ont été utilisées pour l'aider à moduler ses symptômes de détresse. Des exercices d'observation et de restructuration des pensées ont été utilisés pour diminuer l'intensité des symptômes dépressifs et de colère. Les stratégies de réduction du stress ont permis à Marie de se sentir plus en contrôle de la situation. Marie croyait aussi que si elle était moins stressée, elle aurait plus de chances de concevoir.

Lors des séances avec le thérapeute du même sexe, Jacques a révélé le malaise ressenti lors des interactions familiales à la suite de ce qui était perçu comme une longue période sans avoir réussi à avoir un enfant. Jacques avait insisté auprès de Marie pour que rien ne soit révélé à la famille ou aux amis à propos de leur problème d'infertilité. Jacques était inquiet de l'embarras public d'une telle révélation et du risque accru d'envahissement de la part des membres de la famille.

Au même moment, Marie exprimait à la thérapeute de même sexe le stress et l'aliénation qu'elle vivait après la demande de Jacques de ne rien révéler. Marie était aussi inquiète que la dissimulation de sa situation à ses amies intimes puisse créer de la tension dans ces relations si la vérité émergeait.

La divulgation est devenue un point central des discussions lorsque le couple et l'équipe de thérapeutes se sont rencontrés. Marie a pu expliquer à Jacques l'importance de partager son stress avec ses amis intimes. Bien qu'encore mal à l'aise, Jacques a pu rendre compte que son insistance à garder le secret causait davantage de stress à Marie. Le couple a convenu que Marie pourrait partager l'information quant à leur problème d'infertilité avec deux de ses amies les plus intimes. Les deux ont également convenu que les membres de la famille n'avaient pas besoin d'être au courant des détails de leur problème.

Lors de la dernière séance, il a été demandé au couple de réfléchir à la possibilité qu'ils ne puissent concevoir un enfant et de discuter d'autres plans d'action. Les deux partenaires étaient à l'aise avec l'adoption, mais étaient pleinement conscients que l'adoption locale serait improbable. Au moment des séances, la liste d'attente pour l'adoption dans la région était approximativement de 10 ans. Les discussions se sont terminées avec un plan pour examiner les possibilités quant à l'adoption à l'étranger.

Marie et Jacques étaient probablement l'un des couples les plus gratifiants avec qui les thérapeutes ont eu l'occasion de travailler. Ils étaient tous les deux très investis dans leur relation et dans le processus de traitement. Marie a pu maîtriser l'utilisation de plusieurs techniques de réduction du stress et est aussi devenue plus efficace pour communiquer clairement ses besoins de soutien.

Marie et Jacques ont éventuellement réussi à concevoir un enfant. Ils ont visité la clinique un an après la fin de leur traitement pour nous présenter leur nouveau bébé et nous remercier de l'aide apportée au cours de cette période difficile. Marie et Jacques, comme plusieurs couples dans la même situation, ont décrit l'infertilité comme un des stress les plus rudes qu'ils aient eu à vivre.

4.2. Suzanne et Marc

Marc était un homme d'affaires accompli et Suzanne travaillait en tant qu'ergothérapeute dans un hôpital local. Ils se fréquentaient depuis environ huit ans. Au moment où ils ont été référés au programme de traitement, ils étaient suivis depuis plus de deux ans au Reproductive Endocrine Centre. Leur diagnostic était « infertilité inexpliquée ».

En ce qui a trait à l'évaluation par questionnaires, Suzanne a obtenu un résultat de 90 au DAS et Marc a obtenu un résultat de 105. Leurs réponses à cette échelle indiquaient plusieurs domaines de difficultés importantes dans leur relation. Les finances, le partage des responsabilités domestiques et le temps passé ensemble étaient les domaines où il y avait le plus de désaccord. Suzanne a obtenu un résultat au 90e centile (cliniquement significatif) au BDI-II, au 80e centile (cliniquement significatif) au STAI et au 50e centile à l'IEQ. Marc a obtenu un score en deçà du 5e centile à chacun des instruments de mesure.

Le résultat de l'évaluation a révélé que Suzanne était plus insatisfaite de sa relation que Marc. Suzanne vivait aussi des niveaux élevés de détresse émotionnelle, comme l'indiquaient ses résultats au BDI-II et au STAI. La colère ne semblait pas être une composante importante de son expérience émotionnelle. Marc avait obtenu des résultats exceptionnellement bas aux mesures de détresse, particulièrement à la lumière de la situation stressante qu'il vivait actuellement. Au début du traitement, il n'était pas clair si Marc niait sa détresse émotionnelle ou s'il était mal à l'aise à l'idée de révéler de l'information qui pourrait le faire paraître vulnérable.

Suzanne et Marc semblaient un couple agréable, mais émotionnellement distant. Lors de la première séance, Marc a mis l'accent sur les coûts élevés des traitements de reproduction et à quel point il espérait qu'il n'aurait pas à dépenser plus d'argent. La frustration de Marc est devenue plus intense quand il a parlé de l'injustice de payer pour ce type de traitement et insisté pour que Suzanne fournisse l'argent requis pour poursuivre d'autres cycles de traitement. À travers cette tirade, Suzanne était consentante et tentait d'alléger les expressions renfrognées de Marc.

À partir des premières interactions, il était clair que l'infertilité n'était pas le seul défi que ce couple affrontait. Les commentaires de Marc ne minimisaient pas seulement le désir de Suzanne de devenir parent ; ils communiquaient aussi sa vision que ce désir était associé à un fardeau financier important.

Lors de la première séance, le thérapeute a tenté d'illustrer des formes de communication moins agressives en demandant à Marc de clarifier comment il vivait la situation actuelle : « Marc, je sens que vous trouvez le coût des traitements assez stressant. Cela doit être difficile de poursuivre sans être certain que le traitement sera fructueux. »

La réponse de Marc indiquait qu'il n'était pas du tout investi émotionnellement dans la poursuite de l'objectif d'être parent et qu'il comprenait peu les besoins émotionnels de Suzanne dans ce domaine et peut-être dans tout autre domaine. Au fil de la première séance, les interactions avec Marc laissaient supposer que l'agression n'était pas nécessairement l'intention première de sa communication ; ses déclarations semblaient plutôt émerger d'une piètre compréhension des besoins émotionnels de son épouse, de l'impact émotionnel de son style de communication et d'une confiance en soi basée principalement sur l'acquisition et la protection des ressources financières.

> *« Vous savez, j'ai travaillé très fort pour tout ce que j'ai. Personne ne m'a rien donné, je suis parti de rien et j'ai fondé une excellente entreprise. Ça me dérange de jeter mon argent comme ça. Aucune raison ne justifie le coût exorbitant de ce traitement. Avez-vous une idée du coût des injections ? C'est une arnaque. »*

Marc était d'avis que Suzanne était le problème et espérait que notre traitement pourrait l'aider. Il ne reconnaissait pas les manifestations de détresse de Suzanne et n'offrait pas de soutien. Marc a mentionné que si le traitement d'infertilité était infructueux, ils pourraient avoir un animal domestique à la place. Suzanne a tenté de souligner l'importance d'avoir un enfant et le fait qu'un animal domestique ne serait pas un remplacement approprié. En dépit de la distance émotionnelle lors des premières séances, chacun des partenaires a exprimé son engagement dans la relation.

Avec Marc et Suzanne, il était difficile de maintenir l'attention sur l'adaptation au stress de la FIV et sur les dysfonctions de la relation. Il n'y avait aucun doute que Marc et Suzanne vivaient des difficultés majeures dans leur relation. Malgré tout, leurs difficultés conjugales n'étaient pas le motif de consultation. Il était important de respecter leur décision de mettre l'accent sur le stress de la FIV et de ne pas diverger vers les problèmes pour lesquels ils n'avaient pas demandé d'aide. Il était aussi important de se rappeler que confronter la communication agressive de Marc aurait pu mener à l'interruption du traitement et à des répercussions postséances pour Suzanne ou augmenter la distance émotionnelle ; aucune de ces issues n'aurait été efficace pour réduire le stress de la FIV pour le couple.

Au questionnaire des pertes redoutées, Suzanne a indiqué ce qui suit :

Ne jamais voir l'excitation de son enfant lors de fêtes spéciales.
Ne jamais pouvoir prendre et aimer son propre enfant.
Ne jamais pouvoir tresser les cheveux de sa fille.

Ne jamais avoir la possibilité de regarder sa fille devenir une femme et commencer sa propre vie.

Des questions d'identité étaient centrales pour l'expérience émotionnelle de Suzanne. Elle craignait de perdre la possibilité d'être une mère et, dans un sens, le rêve s'était déjà envolé. Dans une discussion sur les stress associés à l'infertilité, Suzanne a indiqué qu'elle ressentait une tension émotionnelle lorsqu'elle voyait une femme avec son nouveau-né ou lorsqu'elle était présente à une réunion de famille où il y avait de jeunes enfants. Pour Suzanne, ces situations étaient toutes des rappels de ce qu'elle pourrait ne jamais avoir dans sa vie. Elle mentionnait qu'il était cruel que le Reproductive Endocrine Centre soit situé dans un hôpital pour enfants.

Au questionnaire des pertes redoutées, Marc a indiqué ce qui suit :

Ne pas pouvoir transmettre son nom.
Ne pas pouvoir transmettre son savoir.
Ne jamais devenir un grand-père.

Pour Marc, le statut social était très important. Il est parvenu à un statut enviable en raison du succès de son entreprise. Il pourrait atteindre un statut plus élevé en devenant un parent, mais pour Marc, les avantages potentiels d'une telle aventure ne surpassent pas les coûts. Poursuivre la participation dans la FIV menacerait d'éroder les ressources financières centrales à son sentiment d'identité.

Bien que le but de l'exercice fût de sensibiliser chacun des partenaires à l'expérience de l'autre quant aux pertes anticipées, Marc a eu une difficulté considérable à comprendre l'importance des pertes de Suzanne. Selon Marc, ces dernières étaient des choses dont elle avait seulement à « se remettre ». Lorsqu'il lui a été demandé comment elle pourrait s'adapter à ces pertes si le traitement d'infertilité échouait, Suzanne a exprimé qu'elle ne savait pas comment elle pourrait s'y adapter. Marc a répondu qu'il se centrerait davantage sur son travail.

Lors de la troisième séance, le sujet de l'adoption a été abordé. Suzanne a indiqué que ce ne serait pas son issue préférée, mais qu'elle considérerait définitivement cette option. Marc a refusé de façon flagrante de considérer l'adoption ; il a exprimé qu'adopter un enfant, particulièrement un enfant visiblement étranger, signifiait de crier ouvertement le problème d'infertilité.

Cette discussion a fourni un aperçu additionnel de certains domaines de vulnérabilité pour Marc. Son commentaire concernant l'adoption à l'étranger annonçant l'infertilité du couple semblait refléter des préoccupations concernant la perception du public d'une déficience. Il était possible que Marc soit inquiet que les autres puissent inférer une déficience de sa part lorsqu'ils apprendraient qu'il a adopté un enfant. Pour

lui, adopter un enfant constituerait une manifestation sans équivoque d'une déficience, tandis que ce ne serait pas nécessairement le cas pour le simple fait de ne pas avoir d'enfant.

Ni Marc ni Suzanne n'étaient très ouverts à propos de leurs besoins émotionnels. Bien qu'ils ne fussent pas très liés émotionnellement, en l'absence de situations stressantes, ils avaient suffisamment d'activités et d'intérêts communs pour que la relation fonctionne. Ils étaient tous les deux impliqués dans plusieurs activités sportives et récréatives communes, en plus d'être très liés à leur famille étendue. Leur horaire très chargé les obligeait souvent à être ensemble, mais impliquait des activités qui permettaient peu d'intimité. Des activités communes permettaient le confort de la proximité sans qu'ils aient besoin de partager des expériences internes.

Lors des séances individuelles, Suzanne a indiqué qu'elle avait peur que Marc l'abandonne si elle ne pouvait pas concevoir. Suzanne a reconnu qu'elle se sentait déprimée quand elle pensait que son travail deviendrait le centre de sa vie plutôt que la famille. Elle trouvait particulièrement navrant qu'une vie gravitant autour du travail soit acceptable pour Marc. Suzanne sentait qu'elle avait besoin de Marc lorsqu'elle était stressée et que c'était dans ces moments que Marc était le plus indisponible.

Suzanne travaillait plusieurs heures dans un emploi pour lequel elle éprouvait peu de plaisir ou de satisfaction. Les séances ont donc abordé la façon dont Suzanne pourrait tenter de s'impliquer dans des activités agréables différentes du travail et qui l'aideraient à se sentir plus en lien avec elle-même et avec son monde. Au début, Suzanne ne pouvait envisager de prendre soin d'elle-même. Elle pensait qu'il serait égoïste de prendre du temps pour soi et ne pas contribuer davantage au paiement des traitements de FIV. Elle avait également peur que Marc réagisse négativement et soit en colère contre elle si elle réduisait sa charge de travail et sa contribution financière au ménage.

La thérapeute a travaillé avec Suzanne pour l'aider à reconnaître que pour satisfaire ses propres besoins émotionnels, il faut d'abord reconnaître qu'elle a des besoins émotionnels, ensuite, il faut les identifier. Par la suite, il serait possible d'examiner comment ses besoins pourraient être communiqués à Marc de façon constructive tout en étant à son aise.

Suzanne a pu apprendre qu'il était possible de communiquer ses besoins émotionnels sans paraître défensive ou agressive. Lors des séances conjointes, elle expliquerait à Marc qu'il était important qu'elle prenne soin d'elle-même afin qu'elle se sente spéciale et importante. Suzanne a éventuellement pu réduire sa charge de travail et incorporer des activités agréables à son horaire sans que Marc réagisse aussi négativement qu'elle l'avait anticipé et sans qu'elle se sente coupable.

Au cours des séances avec Suzanne, il est devenu clair qu'elle percevait l'infertilité comme un « échec » et que ce serait « l'échec de sa vie ». Suzanne a rapporté qu'elle avait toujours excellé dans tous ses projets et que c'était la première fois qu'elle ne réussissait pas. Elle était confrontée à cette perception d'elle-même. L'infertilité ne menaçait pas seulement son identité en tant que mère, mais aussi son identité en tant que personne accomplie.

Suzanne se sentait extrêmement troublée par la pensée qu'elle pourrait ne jamais réaliser le rêve de sa vie, devenir parent, et se sentait incapable de communiquer ses besoins à Marc. Suzanne a partagé ses difficultés avec des amies intimes et les proches de sa famille et se sentait soutenue dans ces interactions. Toutefois, elle ne se sentait pas soutenue par Marc. Des efforts ont été accomplis lors des séances individuelles avec Marc afin qu'il puisse offrir du soutien à Suzanne lorsqu'elle exprimait de la détresse. Cependant, Marc affirmait que c'était la responsabilité de Suzanne d'apprendre à s'adapter à ses problèmes.

Un des objectifs des séances individuelles était d'aider Suzanne à développer des stratégies d'adaptation plus efficaces afin de diminuer le stress et de communiquer plus efficacement avec son mari. L'apprentissage des techniques de relaxation a été une partie importante du traitement. Avant de commencer la FIV, Suzanne préférait s'adonner à des activités sportives ou récréatives pour gérer le stress. Cependant, les effets secondaires de la médication qu'elle prenait rendaient ces stratégies inefficaces ou inaccessibles. À l'aide des techniques de relaxation, Suzanne a pu avoir plus de contrôle sur l'intensité de ses réponses émotionnelles.

Des discussions ont aussi mis l'accent sur l'importance d'identifier des relations qui lui offraient du soutien et de rechercher des relations lorsqu'elle en aurait besoin. Suzanne est devenue plus consciente du fait que, pour gérer ses besoins émotionnels plus efficacement, elle devrait « compenser » le déficit de Marc quant à son aisance à offrir du soutien.

Suzanne a pu s'adapter plus efficacement à sa situation, comme l'indique la diminution de ses symptômes dépressifs. Cependant, les symptômes dépressifs de Suzanne étaient encore au-dessus du seuil clinique tout au cours du traitement. Suzanne aurait 40 ans au cours des prochains mois, elle a commencé à croire que ses rêves et ses efforts pour concevoir ne se réaliseraient peut-être pas. La perte d'espoir associée à l'acceptation de l'infertilité a semblé contribuer au maintien de ses symptômes dépressifs.

Afin que Suzanne puisse composer avec l'infertilité, il était nécessaire qu'elle envisage des solutions de rechange à la réalisation du désir d'être un parent biologique. L'identité personnelle de Suzanne et ses efforts avaient été centrés sur son rôle de parent.

En n'assumant pas ce rôle, elle devrait chercher d'autres avenues ou méthodes pour devenir parent afin de compenser ces pertes. Son état de préparation à explorer ces options était encore flou à la fin du traitement.

Lors des séances individuelles, Marc avait de la difficulté à comprendre qu'il pourrait jouer un rôle plus important pour aider Suzanne avec sa difficulté à s'adapter au stress de l'infertilité. Marc ne considérait pas comme étant son rôle de fournir un tel soutien. Son opinion était que c'était la responsabilité de chacun de rester fort et indépendant.

Bien que Marc semblât quelque peu froid et insensible, ceci semblait refléter le fait que peu de besoins émotionnels étaient communiqués dans sa relation avant qu'ils soient aux prises avec l'infertilité. La majeure partie du travail avec Marc était de l'aider à comprendre que plusieurs couples, particulièrement les femmes, vivent l'infertilité comme une des expériences les plus stressantes de leur vie. Des efforts ont été faits pour aider Marc à comprendre que son soutien émotionnel lors de cette période serait un « bon investissement ». En fonction des limites de son caractère, Marc a pu comprendre que Suzanne pouvait avoir davantage besoin de lui en ce moment que dans le passé.

Marc et Suzanne étaient mal à l'aise avec des niveaux élevés d'intimité. Ils étaient tous les deux très investis dans l'atteinte du succès et pouvaient difficilement tolérer la présence d'un élément témoignant de leur échec. Bien qu'ils vivaient le stress de l'infertilité différemment, Marc et Suzanne percevaient l'infertilité comme un signe d'échec. Leur investissement dans le succès était une similitude qui les avait peut-être attirés au début de leur relation. L'intimité est une dimension des interactions qui implique le partage des vulnérabilités. Il se peut que l'intolérance de Marc et Suzanne à leurs propres vulnérabilités ait limité le niveau auquel ils pouvaient vivre l'intimité dans leur relation. De faibles niveaux de proximité émotionnelle peuvent être viables dans des situations peu stressantes. Cependant, pour plusieurs, l'infertilité est une situation très stressante. Par conséquent, ce qui était perçu avant comme de l'indépendance peut devenir de l'aliénation dans une situation très stressante comme celles qui sont associées à l'infertilité.

Lorsque le couple a été réuni pour les séances finales, Suzanne a partagé ses peurs d'être remplaçable si elle ne pouvait pas concevoir. Elle craignait tellement cette issue qu'elle n'avait jamais osé en parler à Marc. Dans un moment très fort de la séance, Marc a pu exprimer qu'en dépit de ses difficultés à parler de questions émotionnelles, il ne quitterait jamais la relation.

Le couple a pu vivre un niveau plus élevé d'intimité émotionnelle lors de la dernière séance du traitement. Marc a cependant refusé d'envisager l'adoption comme solution possible à leur problème d'infertilité. Suzanne était d'accord pour avoir un

chien. Au moment où le couple a terminé le traitement, le couple n'avait toujours pas conçu d'enfant et a décidé de prendre une pause des traitements d'infertilité. Ils ont complété trois cycles de FIV sans succès.

4.3. Joanne et Tom

Pour l'ego masculin, il y a probablement peu de situations dans la vie aussi menaçantes que d'être identifié comme celui qui a un problème d'infertilité. Même si les problèmes d'infertilité surviennent environ aussi fréquemment chez l'homme que chez la femme, il est étonnant de constater que dans la majorité des cas, le partenaire masculin perçoit que le problème réside chez la femme.

Les analyses de sperme ont révélé que le sperme de Tom était trop faible pour permettre la fécondation. Après deux cycles de l'ICSI, le spécialiste à la reproduction a indiqué au couple que la seule option était l'insémination artificielle avec sperme de donneur. Pour Tom, cette option était inconcevable. L'idée que sa femme serait fécondée par un autre homme était simplement trop dérangeante pour être envisagée.

Tom était originaire de l'Europe de l'Est et avait une vision traditionnelle du mariage, tout comme sa famille. Depuis plusieurs années, sa famille s'enquérait de l'absence d'enfant. Les commérages de la famille laissaient entendre que Joanne avait un problème. Les membres de la famille ont parlé de la possibilité que Tom pouvait avoir marié une femme qui ne pouvait pas porter d'enfant.

Lorsque les tests ont révélé que les spermatozoïdes de Tom n'étaient pas assez nombreux ou assez sains pour féconder l'ovule de Joanne, Tom est devenu presque muet. Il a refusé de parler de la situation avec Joanne et lui a interdit de discuter de cette question avec quiconque. Pour Joanne, la question de la maternité devait être abordée si elle voulait devenir une mère. En raison du secret imposé par Tom, elle ne pouvait même pas partager sa détresse avec sa meilleure amie.

Joanne a bien accueilli la possibilité de venir en thérapie. Ce serait une occasion de parler à quelqu'un de leur situation et de recevoir de l'aide pour aborder des questions importantes.

L'évaluation initiale a révélé des niveaux élevés de satisfaction conjugale pour les deux partenaires. Joanne a obtenu un résultat de 110 au DAS et Tom a obtenu un résultat de 114. Joanne a obtenu un résultat au 30^{e} centile au BDI-II, au 40^{e} centile au STAI et au 60^{e} centile à l'IEQ. Tom a obtenu un résultat au 70^{e} centile au BDI-II, au 75^{e} centile (cliniquement significatif) au STAI et au 70^{e} centile à l'IEQ.

Dans ce couple, Tom était clairement le partenaire le plus en détresse. Son résultat reflétait des niveaux élevés de dépression, d'anxiété et d'injustice perçue. Tom avait perdu non seulement le rêve d'être parent, mais aussi sa dignité. Dans le contexte

culturel de sa famille d'origine, Tom craignait que les nouvelles de son problème mènent au rejet et à la honte. Comme plusieurs individus aux prises avec l'infertilité, Tom a ressenti une profonde injustice en raison de ses difficultés reproductives.

Au questionnaire des pertes redoutées, Joanne a indiqué ce qui suit :

Perte de l'expérience de vivre une grossesse.
Perte du sentiment d'appartenir à une communauté de mères.
Perte de l'expérience de voir son enfant rire, grandir et apprendre.
Perte de l'expérience de voir le plaisir dans le visage de ses parents.

Au questionnaire des pertes redoutées, Tom a indiqué ce qui suit :

Perte de l'expérience d'être parent.
Perte du respect de la famille.

Lors des premières séances, Joanne a insisté fortement sur l'importance que Tom accepte le principe de l'insémination artificielle avec sperme de donneur. Elle a précisé qu'elle ne voudrait pas rater l'occasion d'être une mère simplement en raison de l'inconfort de Tom et de ses problèmes d'orgueil. Il était clair qu'en fonction des priorités de vie de Joanne, elle ne pouvait pas comprendre que les problèmes d'inconfort et d'orgueil pourraient être assez importants pour abandonner l'occasion d'être parent. Même si elle était prête à entendre les préoccupations de Tom concernant la dérision publique et l'embarras, elle n'avait pas l'impression que c'était une raison suffisante pour ne pas aller de l'avant avec l'insémination artificielle avec sperme de donneur.

Lors des séances individuelles avec Joanne, une grande partie de l'attention était portée sur la communication. La thérapeute a discuté avec Joanne de la relation entre le style de communication et la validation. Le but était d'aider Joanne à comprendre que les partenaires d'un couple sentent qu'ils font partie de la même équipe uniquement lorsqu'ils croient que leurs préoccupations ont été entendues, comprises et prises suffisamment au sérieux. Des efforts ont été déployés pour l'aider à prendre conscience que ses réponses aux préoccupations de Tom pourraient lui laisser croire que ses problèmes ont été minimisés. Tant que Tom aura l'impression que ses préoccupations sont minimisées, il campera sur ses positions et ne sera pas disposé à envisager d'autres possibilités avec une plus grande flexibilité. À l'aide de jeux de rôles, la thérapeute a aidé Joanne à développer des stratégies de communication qui reflètent une approche à la résolution de problèmes plus flexible et collaborative.

Lorsque Tom a rencontré le thérapeute masculin individuellement, il pouvait à peine parler. Assis sur le fauteuil, il apparaissait comme un homme torturé par la honte. Sa peur était que d'une certaine façon, les nouvelles de sa « déficience » deviennent publiques et que sa famille soit déçue.

Un des objectifs du traitement était d'aider Tom à adoucir sa position quant à l'insémination artificielle avec sperme de donneur. Puisque ses peurs étaient liées à la possibilité que son problème d'infertilité devienne public, les séances ont visé à aider Tom à résoudre des problèmes à travers des scénarios interpersonnels hypothétiques. La logique était que la réticence de Tom à envisager l'insémination artificielle avec sperme de donneur pouvait être surmontée s'il avait une plus grande confiance en sa capacité à venir à bout des interactions interpersonnelles difficiles à propos de l'infertilité.

Lors des séances individuelles avec Tom, il a été invité à décrire toutes les situations difficiles prévisibles possibles si l'insémination artificielle avec sperme de donneur était connue par sa famille, ses amis ou ses collègues de travail. Au début, Tom a mentionné qu'il préférerait toujours garder le secret concernant l'insémination artificielle avec sperme de donneur. Les avantages et limites de cette option ont été abordés avec le thérapeute. Tom a fini par se rendre compte que garder le secret pourrait ne pas être possible et que les inconvénients de cette option pourraient en surpasser les avantages. Au cours des séances individuelles avec Tom, le thérapeute a effectué un jeu de rôle où il jouait la position de Tom, alors que Tom offrait une variété de scénarios difficiles possibles.

Lors des dernières séances, le couple pouvait discuter plus ouvertement des différentes options à considérer quant à l'infertilité. Bien que Tom ne fût pas encore prêt à consentir à l'insémination artificielle avec sperme de donneur, il était plus disposé à divulguer son inconfort sans tenter de faire échec à la position de Joanne. Forcer Tom à consentir à l'insémination artificielle avec sperme de donneur n'a jamais été un objectif du traitement, car cela aurait probablement eu des conséquences néfastes à long terme. À la fin du traitement, Tom et Joanne étaient plus aptes à gérer efficacement leurs difficultés actuelles et futures puisqu'ils pouvaient maintenant discuter de leurs différences en collaboration.

ANALYSE

Les trois cas choisis pour illustrer les différentes techniques d'intervention comprenant une approche de cothérapie visaient la réduction du stress pour les couples aux prises avec les défis de l'infertilité. Un effort a également été déployé pour souligner les buts multiples et variés qui peuvent être fixés comme objectifs de traitement. Dans certains cas, la diminution du stress peut être choisie comme but principal. Dans d'autres cas, développer les habiletés de communication ou encore mettre en doute les croyances et la stigmatisation pourra être l'objectif de l'intervention. Notre travail dans ce domaine nous a convaincus que les couples aux prises avec les défis de l'infertilité peuvent grandement bénéficier d'une intervention psychologique.

Plus que plusieurs autres domaines d'intervention, le travail sur les problématiques reliées à l'infertilité touche un des fondements essentiels de notre humanité. Se reproduire, élever des enfants et en prendre soin sont des caractéristiques essentielles de l'humanité. Ce sont des processus biologiques indéniables qui poussent les individus vers la reproduction. Pour plusieurs, la reproduction sera tellement centrale à la définition de soi ou de la raison d'être que sans enfant, la vie peut être perçue comme inconcevable.

Dans chacun des cas présentés, à un moment du traitement, au moins un des partenaires a communiqué son sentiment d'injustice par rapport à la situation actuelle. Le thème est tellement commun qu'il pourrait sembler que l'infertilité représente le déni du droit d'enfanter. Le sentiment d'injustice semble accentué dans les cas où au moins un des partenaires a effectué des sacrifices pour concilier un style de vie impliquant des enfants, mais qui pourtant pourrait ne jamais devenir réalité.

À l'extrême, l'injustice perçue peut prendre la forme de la victimisation où un individu perçoit sa situation comme une punition pour des fautes passées. Dans plusieurs occasions, les partenaires ont mentionné que l'infertilité pourrait être leur punition pour avoir égoïstement mis de l'avant leur carrière avant le développement de la famille. D'autres ont indiqué que l'infertilité peut être la punition pour un avortement passé. D'autres ont dit que l'infertilité pourrait être un signe qu'ils seraient de mauvais parents et que, par conséquent, ils n'étaient pas destinés à avoir des enfants.

Une issue positive et importante de la thérapie avec les couples aux prises avec l'infertilité nécessitera une adaptation efficace au sentiment d'injustice. L'injustice est définie en partie par la non-acceptation, et c'est l'acceptation qui sera la caractéristique essentielle de l'avancement dans le traitement. Ici, l'acceptation n'est pas synonyme de résignation face au destin de la vie, mais plutôt, un désir de prendre conscience que la vie continue malgré les défis très difficiles rencontrés en cours de route.

La thérapie avec les couples aux prises avec l'infertilité révélera à la fois des similitudes et des différences marquantes dans la façon dont les hommes et les femmes font face à ce défi. Pour les hommes et les femmes, fonder une famille et participer à des activités parentales peut être la caractéristique la plus fondamentale de leur existence. Cependant, la façon dont la reproduction et le rôle de parent prennent une place centrale dans l'existence de chacun peut être très différente pour les hommes et les femmes. Comme l'illustre certaines des pertes rapportées par les partenaires féminins, les thèmes de l'expérience maternelle, de l'appartenance et d'élever des enfants étaient fréquemment exprimés. Pour les hommes, ces thèmes semblaient secondaires aux thèmes de la descendance et du statut dans la communauté.

De plusieurs façons, l'orientation thérapeutique décrite dans ce chapitre est conçue pour encourager une approche communautaire dans la gestion de la détresse (Lyons *et al.*, 1998). Des stratégies sont utilisées pour aider le couple à s'éloigner de leur

position où ils voient l'infertilité comme « mon problème » ou « son problème » à une position où l'infertilité est perçue comme « notre problème », tel que recommandé par Jacobson et Christensen (1996) et dans le chapitre 4 du présent ouvrage. Plus cet objectif est atteint avec succès, meilleures sont les chances que les partenaires du couple continuent à s'offrir du soutien, en dépit de l'issue du traitement d'infertilité.

Afin d'adopter une approche commune de la gestion du stress et de la détresse de l'infertilité, les partenaires doivent développer une compréhension claire de leurs différences quant à leur expérience de l'infertilité et à la signification de l'infertilité. La signification de la reproduction ou des échecs à concevoir un enfant constituera le fondement du climat émotionnel de la relation. À mesure que chaque partenaire comprendra mieux pourquoi l'autre réagit de cette façon, il sera plus apte à s'adapter à la situation d'une façon qui favorisera une issue positive.

Comme l'illustre la discussion des cas cliniques, l'adaptation au stress de l'infertilité nécessitera le développement d'un plus grand répertoire de facultés d'adaptation. Avant d'être confronté à des défis importants de leur relation, il se peut que les couples n'aient pas eu besoin d'un répertoire très grand de stratégies relationnelles d'adaptation. Pour les couples qui étaient auparavant caractérisés par un niveau élevé de discorde, le stress de l'infertilité peut avoir augmenté l'intensité des conflits au-delà d'un niveau tolérable. Dans certaines situations, de nouvelles stratégies seront requises pour s'adapter aux problèmes qui n'avaient jamais eu lieu avant leur lutte contre l'infertilité. Dans d'autres cas, les stratégies utilisées avant pour s'adapter au stress peuvent être moins accessibles ou moins efficaces.

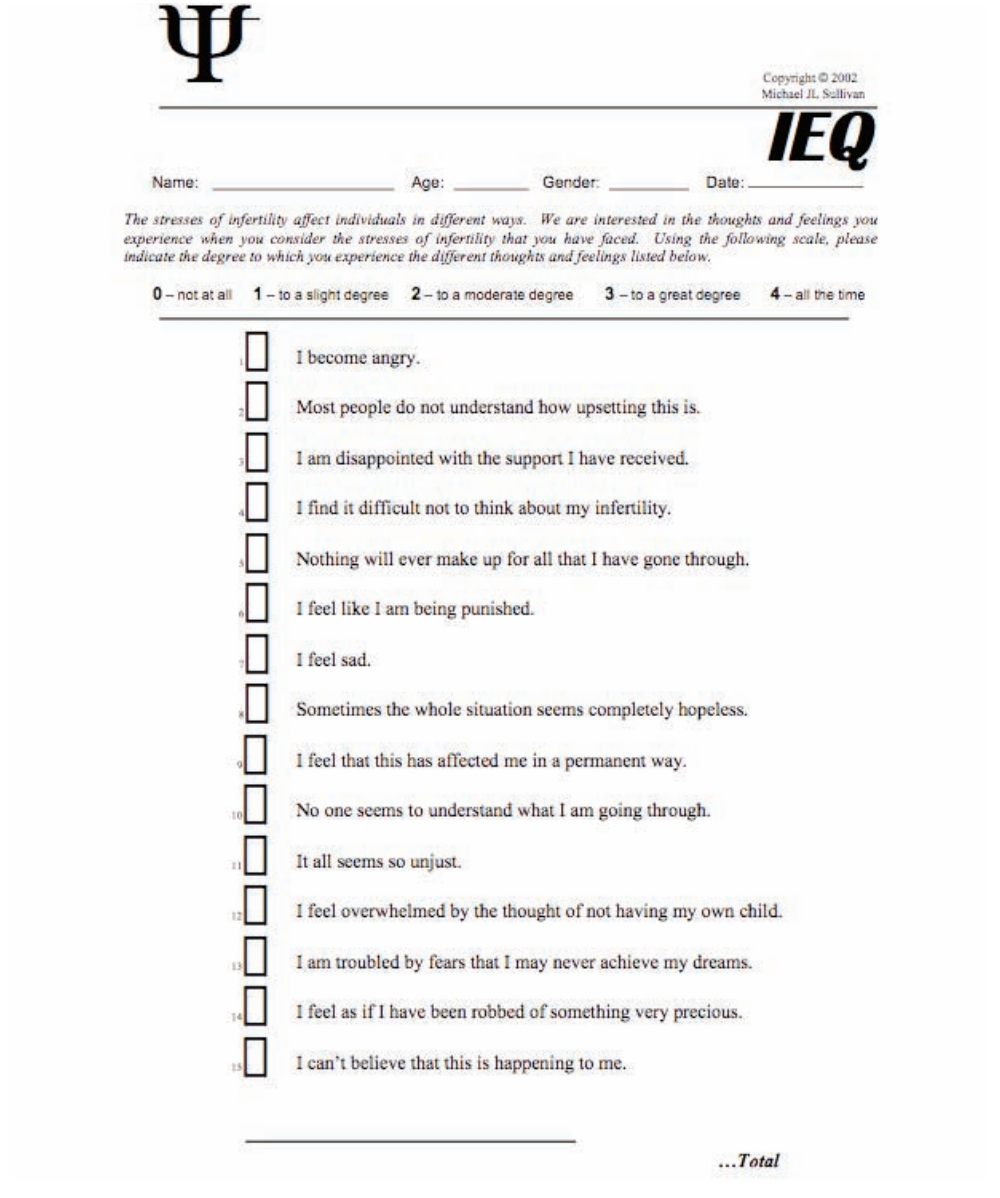
L'analyse des cas souligne que le progrès dans le traitement peut être déterminé en grande partie par le profil des caractéristiques adaptatives ou non de la relation. La majorité des couples seront aux prises avec une situation où chaque partenaire vivra l'infertilité d'une façon très différente de l'autre. Dans certains cas, les couples feront face à ce défi avec l'empressement de savoir, de comprendre et d'aider. Dans d'autres cas, les couples feront face à ce défi en étant plus distants émotionnellement, en étant plus sur la défensive, voire hostiles. Le processus de traitement sera plus difficile dans ce dernier cas que dans le précédent et l'issue sera également plus modeste.

Les interventions psychothérapeutiques ne peuvent garantir le succès de la reproduction. Même si des liens ont été trouvés entre les processus psychologiques et les processus reproducteurs, les résultats disponibles ne peuvent rien confirmer à propos du potentiel d'une intervention psychologique visant à augmenter la probabilité de concevoir un enfant. Cependant, une intervention psychologique peut être utile pour aider les couples à développer des stratégies propres à réduire l'impact du stress de l'infertilité sur leur bien-être émotionnel et relationnel.

Une intervention utile pour les couples faisant appel à la PMA est celle qui diminuera le stress de la situation actuelle et augmentera le soutien réciproque et l'intégrité de la relation et préparera les couples à la possibilité que la PMA ne soit pas un succès. La structure du programme et les techniques décrites plus haut visent à atteindre ces buts.

Le clinicien non spécialisé avec les problèmes psychologiques associés à l'infertilité, qui intervient à un autre niveau dans le cheminement des couples ou dans un contexte clinique différent, pourrait être inspiré par certaines des composantes de l'approche décrite plus haut concernant l'étiologie, l'évaluation et le traitement psychologique associés à l'infertilité. Toutefois, il devra attentivement soupeser les avantages et inconvénients des différentes composantes du modèle, en comparaison avec d'autres choix thérapeutiques possibles. Par exemple, l'attention centrée sur les facteurs étiologiques serait différente si les dysfonctions relationnelles du couple (p. ex., la présence de violence conjugale) ou psychologiques de l'individu (p. ex., une dépression majeure chez l'un des partenaires) précédant l'infertilité étaient centrales et menaçaient la stabilité du couple. Dans ce cas, le programme présenté pourrait être combiné au contenu thérapeutique d'autres chapitres de ce livre. Si, comme dans le présent programme, le clinicien désire cibler les couples qui ne perçoivent pas leurs difficultés comme antérieures à l'infertilité, il lui serait aussi possible d'évaluer les avantages et inconvénients des dimensions du programme décrit dans ce chapitre en les comparant à d'autres alternatives, comme la cothérapie versus un seul thérapeute, un programme d'intervention limitée quant au nombre de rencontres versus une flexibilité au niveau de la durée, etc. Enfin, bien que nous soyons très satisfaits des résultats obtenus auprès des couples pour l'ensemble des objectifs du programme et de la séquence retenue (p. ex., travailler sur les pertes en premier, viser la diminution du stress en séances individuelles, etc.), nous devons reconnaître que chaque décision thérapeutique doit être prise à la lumière du diagnostic et des mandats thérapeutiques retenus.

FIGURE 14.1



Ψ

Copyright © 2002
Michael JL Sullivan

IEQ

Name: _____ Age: _____ Gender: _____ Date: _____

The stresses of infertility affect individuals in different ways. We are interested in the thoughts and feelings you experience when you consider the stresses of infertility that you have faced. Using the following scale, please indicate the degree to which you experience the different thoughts and feelings listed below.

0 – not at all **1** – to a slight degree **2** – to a moderate degree **3** – to a great degree **4** – all the time

1. ☐ I become angry.
2. ☐ Most people do not understand how upsetting this is.
3. ☐ I am disappointed with the support I have received.
4. ☐ I find it difficult not to think about my infertility.
5. ☐ Nothing will ever make up for all that I have gone through.
6. ☐ I feel like I am being punished.
7. ☐ I feel sad.
8. ☐ Sometimes the whole situation seems completely hopeless.
9. ☐ I feel that this has affected me in a permanent way.
10. ☐ No one seems to understand what I am going through.
11. ☐ It all seems so unjust.
12. ☐ I feel overwhelmed by the thought of not having my own child.
13. ☐ I am troubled by fears that I may never achieve my dreams.
14. ☐ I feel as if I have been robbed of something very precious.
15. ☐ I can't believe that this is happening to me.

_____

…Total

Note : Un score total est dérivé en additionnant toutes les valeurs des items 1 à 15. Un résultat au-dessus de 40 (75e centile) est considéré comme cliniquement significatif.

RÉFÉRENCES

Abbey, A., Andrews, F.M. et Halman, L.J. (1992). « Infertility and subjective well-being : The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict », *Journal of Marriage and the Family, 54*, p. 408-417.

Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D. et Tennant, C. (1994). « Psychosocial adjustment to infertility and its treatment : Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment », *Journal of Psychosomatic Research, 38*, p. 229-240.

Beck, A., Rush, T. *et al.* (1978). *Cognitive Therapy for Depression,* New York, Guilford.

Beck, A.T., Steer, R.A. et Garbin, M.G. (1988). « Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : Twenty-five years of evaluation », *Clinical Psychological Review, 8*, p. 77-100.

Becker, G. (1994). « Metaphors in disrupted lives : Infertility and cultural constructions of continuity », *Medical Anthropology Quarterly, 8*, p. 383-410.

Bell, B.J. (1981). « Psychological problems among patients attending an infertility clinic », *Journal of Psychosomatic Medicine, 25*, p. 1-3.

Benazon, N., Wright, J. et Sabourin, S. (1992). « Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples », *Journal of Sex and Marital Therapy, 18*, p. 273-284.

Benyamini, Y., Gozlan, M. et Kokia, E. (2005). « Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments », *Fertlity and Sterility, 83*, p. 275-283.

Berg, B.J., Wilson, J.F. et Weingartner, P.J. (1991). « Psychological sequelae of infertility treatment : The role of gender and sex role identification », *Social Science and Medicine, 33*, p. 1071-1080.

Boivin, J. (2003). « A review of psychosocial interventions in infertility », *Social Science and Medicine, 57*, p. 2325-2341.

Boivin, J. et Schmidt, L. (2005). « Infertility-related stress in men and women predicts treatment outcome 1 year later », *Fertility and Sterility, 83*, p. 1745-1752.

Braverman, A.M. (2004). « Psychosocial aspects of infertility : Sexual dysfunction », *International Congress Series, 1266,* p. 270-276.

Carmeli, Y.S. et Birenbaum-Carmeli, D. (1994). « The predicament of masculinity : Towards understanding the male experience of infertility treatments », *Sex Roles, 30*, p. 663-677.

Collins, J.A. (2004). « Evidence-based infertility : Evaluation of the female partner », *International Congress Series, 1266*, p. 57-62.

Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D. *et al.* (1998). « Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization », *Fertility and sterility, 69*, p. 1026-1033.

Demyttenaere, K., Nijs, P., Evers-Kiebooms, G. et Koninckx, P.R. (1992). « The influence of personality characteristics and stress responses on the outcome of in vitro fertilization », *Psychoneuroendocrinology, 17*, p. 55-665

Domar, A.D. (2004). « Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients », *Sterility and Fertility, 81*, p. 271-273.

Domar, A.D., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M. et Friedman, R. (1992). « The prevalence and predictability of depression in infertile women », *Fertility and Sterility, 58*, p. 1158-1163.

Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kesel, B. et Freizinger, M. (2000). « Impact of group psychotherapy interventions on pregnancy rates in women », *Fertility and Sterility, 73*, p. 805-811.

Domar, A.D. et Seibel, M. (1997). « Emotional aspects of infertility », dans M.M. Seibel (dir.), *Infertility : A Comprehensive Text,* Stanford, CT, Appleton and Lange, p 29-44.

Eugster, A. et Vingerhoets, A.J.J.M. (1999). « Psychological aspects of in vitro fertilization : A review », *Social Science and Medicine, 48*, p. 575-589.

Facchinetti, F., Matteo, M.L., Artini, G.P., Volpe, A. et Genazzani, A.R. (1997). « An increased vulnerability to stress is associated with poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment », *Fertility and Sterility, 67*, p. 309-314.

Facchinetti, F., Tarabusi, M. et Volpe, A. (2004). « Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and endocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction », *Psychoneuroendocrinology, 29*, p. 162-173.

Ford, W.C., North, K., Taylor, H., Farrow, A., Hull, M.G. et Golding, J. (2000). « Increasing parental age is associated with delayed conception in a large population of fertile couples : Evidence for declining fecundity in older men », *Human Reproduction, 15*, p. 1703-1708.

Freeman, E.W., Boxer, A.W., Rickels, K., Tureck, R. et Mastroianni, L. Jr. (1985). « Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer », *Fertility and Sterility, 4*, p. 48-53.

Gallinelli, A., Roncaglia, R., Matteo, M.L., Ciaccio, I., Volpe, A. et Facchinetti, F. (2001). « Immunological changes and stress associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer », *Fertility and Sterility, 76*, p. 85-91.

Gannon, K., Glover, L. et Abel, P. (2004). « Masculinity, infertility, stigma, and media reports », *Social Science and Medicine*, *59*, p. 1169-1175.

Glover, L., Gannon, K., Sherr, L. et Abel, P. (1996). « Distress in sub-fertile men : A longitudinal study », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *14*, p. 23-36.

Griel, A.L. (1991). *Not Yet Pregnant : Infertile Couples in Comtemporary America,* New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

Griel, A.L. (1997). « Infertility and psychological distress : A critical review of the literature », *Social Science and Medicine, 45*, p. 1679-1704.

Hargreave, T.B. (1994). « Human infertility », dans T.B. Hargreave (dir.), *Male Infertility* (2e éd.), New York, Springer, p. 1-16.

Hirsch, A. (2003). « ABC of fertility : Male subfertility », *British Medical Journal, 327*, p. 669-672.

Horowitz, M.J. (1986). *Stress Response Syndromes* (2e éd.), Northvale, NJ, Jason Aronson.

Hynes, G.J., Callan, V.J., Terry, D.J. et Gallois, C. (1992). « The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt : The effects of coping », *British Journal of Medical Psychology, 65*, p. 269-278.

Klonoff-Cohen, H., Chu, E., Natarajan, L. et Sieber, W. (2001). « A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer », *Fertlity and Sterility, 76*, p. 675-687.

Labott, S.M., Ahleman, S., Wolever, M.E. et Martin, R.B. (1990). « The physiological and psychological effects of expression and inhibition of emotion », *Behavioral Medicine, 16*, p. 182-189.

Lazarus, R.M. (1991). *Emotion and Adaptation*, Oxford, Oxford Univeristy Press.

Leiblum, S.R. (1997). *Infertility : Psychological Issues and Counselling Strategies*, New York, Wiley.

Leiblum, S.R., Kenmann, E. et Lane, M.K. (1987). « The psychological concomitants of in vitro fertilization », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 6*, p. 165-178.

Lukse, M.P. et Vace, N.A. (1999). « Grief, depression and coping in women undergoing fertility treatment », *Obstetrics and Gynecology, 93*, p. 245-251.

Lyons, R., Mikelson, K., Sullivan, M.J.L. et Coyne, J.C. (1998). « Coping as a communal process », *Journal of Social and Personal Relationships, 15,* p. 579-606.

Malcom, C.E. et Cumming, D.C. (2004). « Follow-up of couples who dropped out of a specialist fertility clinic », *Fertility and Sterility, 81*, p. 269-270.

Miall, C.E. (1988). « Reproductive technology *vs* the stigma of involuntary childlessness », *The Journal of Contemporary Social Work, 70*, p. 43-50.

Pasch, L.A. et Christensen, A. (2000). « Couples facing fertility problems », dans K.B. Schmaling et T. Goldman Sher (dir.), *The Psychology of Couples and Illness : Theory, Research and Practice,* Washington, American Psychological Association, p. 241-267.

Pasch, L.A., Dunkel-Schetter, C. et Christensen, A. (2002). « Differences between husband's and wife's approach to infertility affect marital communication and adjustment », *Fertility and Sterility, 77*, p. 1241-1247.

Pennebaker, J.C. (1995). « Emotion, disclosure and health : an overview », dans J.C. Pennebaker (dir.), *Emotion, Disclosure and Health*, Washington DC, American Psychological Association.

Pepe, M.V. et Byrne, J. (1991). « Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction », *Family Relations, 40*, p. 303-309.

Sabatelli, R.M., Meth, R.L. et Gavazzi, S.M. (1988). « Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness », *Family Relations, 37*, p. 338-343.

Sandelowski, M., Harris, B. et Holditch-Davis, D. (1990). « Living the life : Explanations of infertility », *Sociology of Health and Illness, 12*, p. 195-215.

Sauvageau, G. (2007). « ''Mal de mères'' : réalités cliniques et aléas de la maternité », *Psychologie Québec*, *24*(3), p. 18-21.

Schmidt, L., Tjornhoj-Thomsen, T., Boivin, J. et Andersen, A.N. (2005). « Evaluation of a communication and stress management training programme for infertile couples », *Patient Education and Counselling, 59*, p. 252-262.

Schwartz, G.E. (1995). « Psychobiology of repression and health : A systems approach », dans J.L. Singer (dir.), *Repression and Dissociation : Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health,* Washington DC, American Psychological Association.

Siebel, M.M. (1996). « Understanding the medical procedures and terminology surrounding reproductive technology », dans M.M. Siebel et S.L. Crockin (dir.), *Family Building through Egg and Sperm Donation* : *Medical, Legal and Ethical Issues,* Boston, Jones and Bartlett.

Slade, P., Raval, H., Buck, P. et Lieberman, B.E. (1992). « A 3-year follow-up of emotional, marital and sexual functioning in couples who were infertile », *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 10*, p. 233-243.

Spanier, G.B. (1976). « Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads », *Journal of Marriage and the Family, 38,* p. 15-28.

Spielberger, C.D. (1996). *Staxi-2 : State-Trait Anger Expression Inventory – 2*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Stephen, E.H. et Chandra, A. (1998). « Updated projections of infertility in the United States : 1995 to 2025 », *Fertility and Sterility, 70*, p. 30-34.

Steptoe, P.C. et Edwards, R.G. (1978). « Birth after reimplantation of a human embryo », *Lancet, 2*, p. 366.

Stoleru, S., Teglas, J.P., Feranian, J. et Spira, A. (1993). « Psychological factors in the aetiology of infertility : A prospective cohort study », *Human Reproduction, 8*, p. 1039-1046.

Sullivan, M.J.L. (2002). *Infertility Experiences Questionnaire*.

Tarabusi, M., Matteo, M.L. et Facchinetti, F. (2000). « Stress response in male partners of women submitted to in vitro fertilization and embryo transfer », *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*, p. 275-279.

Taylor, S. (2000). « Biobehavioral responses to stress in females : Tend-and-befriend, not fight-or-flight », *Psychological Review, 107*, p. 411-429.

Terzioglu, F. (2001). « Investigation into the effectiveness of counselling on assisted reprodutcive techniques in Turkey », *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 22*, p. 133-141.

Tuschen-Caffier, B., Florin, I., Krause, W. et Pook, M. (1999). « Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples », *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*, p. 15-21.

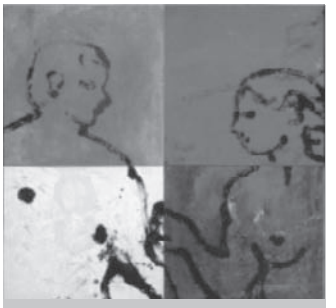
Ulbrich, P.M., Coyle, A.T. et Llabre, M.M. (1990). « Involuntary childlessness and marital adjustment : His and hers », *Journal of Sex and Marital Therapy, 16*, p. 147-158.

Williams, L.S. (1988). « It's going to work for me : Responses to failures of IVF », *Birth, 15*, p. 153-156.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I. et Verres, R. (2002). « Couple counselling and therapy for the unfullfilled desire for a child : The two-step approach of the "Heidelberg Fertility Consultation" », dans B. Strauss (dir.), *Involuntary Childlessness : Psychological Assessment, Counselling and Psychotherapy*, Seattle, Hoegrefe and Huber, p. 127-150.

Wright, J., Allard, M., Lecours, A., Sabourin, S. (1989). « Psychosocial distress and infertility : A review of controlled research », *International Journal of Fertility, 34*, p. 126-142.

Wright, J., Duschene, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J. et Girard, Y. (1991). « Psychological distress and infertility : Men and women respond differently », *Fertility and Sterility, 55*, p. 100-108.



CHAPITRE

15

LA MÉDIATION FAMILIALE
Un champ novateur de pratique qui balise les rapports entre les parents après la rupture

Gérald Côté

Bon nombre de couples aux prises avec des insatisfactions récurrentes ou avec un épisode de vives tensions vont rechercher les services d'un thérapeute de couple. Vivre à deux et maintenir un contrat affectif intime satisfaisant est devenu un défi contemporain pour les couples (Tessier, 1993). Il ne faut pas s'étonner de la croissance des demandes de consultation. Bien souvent, elle vise à valider chez l'un des conjoints ou les deux le caractère irréversible de leur désillusion, de leur déception, de leur frustration ou de leur détachement. À cette étape, on distingue deux types de mandat de consultation conjugale : le mandat de remise en question, qui vise à aider le couple à dresser un bilan et à prendre une décision éclairée quant à la survie de son engagement, et le mandat plus délicat de la séparation, qui vise l'acceptation de la rupture. Le présent chapitre

n'explorera pas les caractéristiques et applications de ces deux mandats liés à la résolution de l'ambivalence et à la décision de séparation. L'objectif est de décrire la façon dont le médiateur familial accompagne les parents en amont de cette décision de rupture. En effet, quand le couple atteint ses limites d'adaptation, qu'il n'y a plus d'espoir d'amélioration et que la séparation devient une option constructive à la détresse conjugale, il peut être indiqué de lui proposer de s'engager dans une médiation familiale. Cette thématique sera abordée sous quatre angles : l'accompagnement des conjoints dans la démarche amorcée en vue de rompre leur relation ; les aspects psychologiques liés à la séparation ; la sélection des cas et la gestion d'entrevue ; enfin, les modèles d'intervention en médiation familiale.

1. ACCOMPAGNER UN COUPLE EN TRAIN DE SE DISSOUDRE

Chaque année, de nombreux couples prennent la décision de rompre une relation qui ne mène à rien et s'engageront dans un processus de départage de leurs acquis et responsabilités. Le portrait statistique des divorces se maintient d'année en année au Canada : autour de 40 % des couples mariés divorceront après un mariage qui aura duré environ 7,5 ans, affectant 1,6 enfant par ménage ; un peu moins de 80 % des mères obtiendront la garde des enfants, laissant aux pères un accès aux enfants à raison d'une fin de semaine sur deux (Gaundry, 1998). Il faut ajouter à ces chiffres valables pour les couples légalement mariés le phénomène des couples en union libre (conjoints de fait), dont on estime le taux de rupture à 50 % (Alary, 1999).

Une fois qu'un des adultes ou les deux ont pris la décision de ne plus faire vie commune, il subsiste toute une série d'enjeux familiaux à résoudre : Qui va vivre où ? Selon quel horaire va-t-on se partager les enfants ? Qui va payer quoi ? Comment allons-nous respecter les engagements financiers contractés en commun ? Que va-t-on faire de la maison ? Mes droits seront-ils bien défendus ? Est-ce que je vais bénéficier de toutes les protections pour l'avenir ? La présence des enfants et le goût très sincère des parents de les accompagner jusqu'à leur émancipation conditionnent chez la plupart des couples la nécessité de faire survivre certains liens entre les ex-conjoints. Le couple qui en vient à envisager la fin de la cohabitation dispose de cinq options pour procéder aux divers réaménagements familiaux : *a)* aucune discussion ni entente (laisser aller les choses) ; *b)* entente informelle, sans aller au fond du problème (ne pas envisager toutes les situations problématiques) ; *c)* entente formelle entre les partenaires à l'amiable, sans l'aide de professionnels ; *d)* se faire assister d'un médiateur familial accrédité ; *e)* choisir de se faire représenter par un avocat en droit familial qui engagera un processus de négociation avec l'autre partie ou avec son représentant légal. Par ailleurs, un processus juridique de séparation ou de divorce devra être enclenché devant le tribunal. En dernier recours, à défaut d'entente entre les procureurs, un juge de la Cour supérieure du Québec va rendre une ordonnance concernant tout litige familial qui pourrait subsister entre les parties et leurs représentants.

1.1. Se séparer en allant en médiation

Le recours volontaire à la médiation familiale en contexte de séparation est relativement récent au Québec et en Amérique du Nord. Le législateur tant canadien que québécois entend privilégier les modes alternatifs de règlement de conflit et faciliter les procédures de dissolution du mariage lorsqu'il y a entente à l'amiable entre les ex-conjoints. De nombreuses mesures législatives ont été mises en place depuis deux décennies. Mentionnons l'instauration de règles de fixation et de perception de la pension alimentaire pour enfants, l'obligation d'assister à une séance d'information sur la médiation familiale préalablement à une audition par le tribunal et la simplification des procédures d'homologation du divorce par greffier spécial. Une pratique pluridisciplinaire de médiation familiale où un tiers partie neutre et impartial assiste le couple dans leurs négociations s'est ainsi développée au Québec (Laurent-Boyer, 1992 ; Lévesque, 1998 ; Lambert et Bérubé, 2000). Le mot médiation provient du latin *mediatio*, qui signifie littéralement *qui se tient au milieu*. La médiation familiale est une démarche de négociation, assistée par un tiers, de tout objet faisant litige dans la réorganisation de la vie familiale. L'objectif des médiateurs familiaux est d'offrir aux familles la possibilité de résoudre, dans un climat de coopération et de respect entre parents, les enjeux familiaux qu'entraîne la décision de séparation. La durée moyenne du processus complet est une dizaine d'heures et s'étend sur environ six mois.

1.2. Développement de la médiation familiale

Le modèle québécois de médiation familiale a été adopté en 1997 dans la foulée du réaménagement des services aux familles qui a suivi la défiscalisation des pensions alimentaires pour enfants. Le ministère de la Justice du Québec a alors hérité de la responsabilité d'organiser un service de médiation familiale offert à tous les couples avec enfants (mariés ou conjoints de fait). Un certain nombre de séances de médiation sont subventionnées par le ministère de la Justice (six lors d'une première demande ; trois dans le cas de la révision d'une entente antérieure), tout excédent étant à la charge des parties. Le modèle québécois prône une médiation dite globale au sens où les deux parents vont tenter de prendre eux-mêmes les décisions concernant l'horaire de vie des enfants, les contributions financières de même que la division des biens. Le contenu des séances demeure confidentiel. On s'engage volontairement en médiation après avoir satisfait à l'obligation d'assister à une séance d'information, condition préalable à toute comparution devant un tribunal[1].

1. Les autres provinces canadiennes offrent également pour la plupart des services de médiation familiale, mais le volume d'activités de ces services reste assez faible. On continue de divorcer au Canada en utilisant principalement la voie judiciaire des tribunaux. Cette faible pénétration de la médiation familiale dans les autres provinces canadiennes tient peut-être au fait que ces services sont principalement assurés par des fonctionnaires de l'État (travailleurs sociaux pour la majorité) et au fait que ces services sont confinés à des locaux de palais de justice à titre de services auxiliaires de justice.

L'État québécois a fait le choix d'accréditer des médiateurs familiaux parmi cinq ordres professionnels du secteur privé et d'en faire autant pour certains employés des centres jeunesse. Il peut s'agir d'avocats, de notaires, de travailleurs sociaux, de psychologues ou de conseillers d'orientation. Toute une série de conditions ont été mises en place pour l'accréditation à titre de médiateur familial. Cela fait de la médiation familiale un domaine de pratique professionnelle parmi les plus réglementés en Amérique du Nord. Ces conditions comprennent notamment des critères d'expérience professionnelle, une formation de base de 60 heures, la supervision des 10 premiers dossiers et une formation complémentaire de 45 heures. Le fait d'amener à se côtoyer des professionnels de formation juridique et de formation psychosociale et la nécessaire concertation interprofessionnelle qui en résulte restent deux piliers fondateurs de ce champ de pratique en émergence au Québec.

En 2003, pour la seule province de Québec, 32 665 dossiers ont été ouverts à la Chambre de la famille de la Cour supérieure. Ces données extraites du *plumitif* du ministère de la Justice du Québec (MJQ) comprennent toutes les dossiers judiciaires actifs autour du divorce, de la séparation, de la garde d'enfants, de la fixation de pensions alimentaires (pour enfants ou pour conjoint), du recours de grands-parents pour avoir accès aux enfants, etc. En 2003, 16 949 dossiers familiaux (ou environ 52 % des dossiers en matière familiale ouverts au MJQ) auraient utilisé les services de médiateurs familiaux pour en arriver à une entente (partielle ou totale) dans 74 % des cas.

1.3. Responsabiliser les parents dans la réorganisation familiale

Il est généralement admis tant chez les professionnels du droit que chez leurs collègues des sciences humaines que le fait de judiciariser les séparations ne devrait être qu'une solution de dernier recours (Laurent-Boyer, 1992). La médiation familiale propose au contraire aux couples qui se séparent une méthode qui met de l'avant leur rôle de parent et les incite à la négociation et au compromis pour faire survivre un minimum de collaboration auprès des enfants. « Nous étions une famille… comment la faire survivre à notre décision de se quitter ? Quelle est la façon la moins invasive de procéder à la réorganisation des liens parent-enfants et des liens entre parents lorsqu'on se sépare ? » Ce sont de telles questions de fond qui alimentent le plus les préoccupations et les confidences lorsque la décision de divorcer s'impose. Répondre au mieux à ces pertes et faciliter la réorganisation familiale nous semblent des priorités sociétales parmi toutes les problématiques contemporaines.

En Europe francophone, après des débuts lents, la médiation familiale se professionnalise rapidement grâce à un cadre législatif innovateur. Par exemple, la France a notamment institué un diplôme universitaire de troisième cycle de médiateur familial et la pratique y gagne en popularité à travers un modèle mixte de services en privé et de services publics (p. ex., les Maisons de la famille). La Belgique a quant à elle créé un certain émoi au printemps 2005 en optant pour une présomption d'hébergement alterné chez les deux parents au moment de la rupture.

Le modèle systémique interactionnel présente d'ailleurs la vie familiale selon des cycles évolutifs marqués de périodes de transition et d'ajustement pour les membres de l'entité familiale. Selon cette vision systémique, entre le moment où se prend la décision de rompre l'union entre les conjoints et le redéploiement d'une famille composée, trois étapes peuvent être identifiées (Marino et Fortier, 1991, 2002) : l'acceptation de la fin de la relation intime, la restructuration du quotidien, l'élaboration d'un nouveau mode de vie familiale autour de deux maisonnées. Ce modèle systémique fournit une vue panoramique des cycles de la vie familiale. Le fait de présenter ainsi le concept de transition donne au couple du recul sur sa situation immédiate. Nous avons observé que ce vocabulaire et cet angle évolutif contribuent à moyen terme à dédramatiser le choc immédiat produit par la rupture et les bouleversements. « Nous finirons par sortir de cette période un peu trouble de séparation… Il y aura une autre vie après ! » Cette sensibilisation des parents au concept de transition est tellement pertinente en vue de les responsabiliser que nous recommandons au médiateur de présenter ces informations au couple lors de la première séance d'information. Étant donné que les contenus sont très similaires à ce qu'on retrouvera éventuellement dans le séminaire sur la parentalité après la rupture, nous détaillerons plus loin ces transitions entre les étapes d'acceptation, de restructuration et d'élaboration (voir la section 3.3 – Séminaire sur la parentalité après la rupture). Voici un exemple clinique qui illustre le parcours typique de nombreux couples où, à la suite de disputes inefficaces et victime d'un essoufflement, un des deux conjoints met abruptement fin à la relation.

Vignette clinique 1 – Qu'elle quitte sur-le-champ !

Conjoints de fait dans la mi-trentaine avec un enfant en bas âge, ils arrivent à une première séance d'information sur la médiation familiale : monsieur exige à grands cris le départ immédiat de madame de la maison, alors que madame plaide pour une cohabitation civilisée pendant quelques mois, le temps qu'une amie lui cède son appartement ! À force de questionner, le médiateur écarte d'abord la présence de violence conjugale. Puis, il s'aperçoit que la décision de séparation n'a à peu près pas été discutée, que monsieur est très en colère et vengeur et que madame est plutôt fuyante et secrète. Après avoir obtenu du couple que les rencontres de médiation soient les seuls endroits autorisés de négociation, les deux premières séances de 90 minutes ont surtout donné lieu à l'expression de beaucoup de ressentiment et d'émotions négatives. L'exigence de mettre fin à la cohabitation a été mise en veilleuse par le médiateur pour que ce couple ait un répit et que les conjoints reconnaissent ce qu'ils ont perdu et la nécessité de changer. Dans cette situation, il est capital d'encapsuler l'urgence : le processus de séparation prendra du temps et exigera des compromis. Ce n'est pas une question de droits fondamentaux, mais bien un enjeu de besoins à pourvoir. Par la suite, les cinq autres rencontres ont permis, malgré un climat tendu, de convenir des ententes suivantes : il y eut cohabitation « réglementée » pour environ la moitié de la période initialement demandée

par madame ; les communications entre les conjoints se sont limitées à la situation de l'enfant, les aspects de leur vie personnelle n'ont pas été abordés ; l'enfant va continuer de fréquenter la même garderie et ses parents en prendront soin selon un horaire quasi partagé ; monsieur va conserver la résidence en rachetant la part de madame. Le médiateur s'est montré directif tout au long des séances ; il a ponctué fréquemment les échanges entre parents de façon à leur laisser le moins d'espace possible pour s'invectiver entre adultes blessés. Le résumé des ententes en médiation a été homologué officiellement par le Tribunal pour rassurer les parties quant à son application stricte.

2. LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE LA SÉPARATION

Prendre la décision de mettre fin à une relation amoureuse tissée sur plusieurs années se révèle une décision parmi les plus lourdes de sens et de conséquences qu'un adulte puisse prendre au cours de sa vie. Cette période de stress et d'inconnu atteint pour un certain nombre de personnes l'intensité d'une crise personnelle. Chez ces personnes fragilisées par la rupture, la détresse émotionnelle est évidente et les rend moins disponibles à leurs enfants et à leur réseau de collègues et d'amis (« la vie ne sera plus jamais la même… et surtout comment faire pour rester deux parents fonctionnels sans avoir tout le temps le nez dans les affaires de l'autre ? »). Dans la prochaine section, nous examinerons les aspects psychologiques de la séparation, tant chez les enfants que chez les adultes. Le médiateur familial doit se doter d'un bon schéma conceptuel pour situer l'éventail des réactions individuelles et des stratégies face au conflit de rupture. Ainsi, cette présence compétente du médiateur va renforcer l'alliance interpersonnelle et le sentiment de confiance essentiel à toute intervention brève.

L'imposant corpus de recherches sur les effets de la séparation sur les enfants et sur les adultes révèle que d'une manière générale, on ne doit ni banaliser, ni dramatiser les impacts de la rupture sur les individus du système familial (Walsh, Jacob et Simons, 1995). Plus récemment, les effets spécifiques de divers scénarios de réorganisation familiale (p. ex., l'adaptation des enfants en garde partagée, en garde avec le père ou en garde avec la mère) ont été bien documentés (Cyr et Simard, 1999, 1988 ; Kelly, 1996). Le médiateur familial saura reprendre à son compte en toute neutralité cette masse d'informations pour normaliser ce que peuvent vivre les membres de la famille au moment de l'intervention. Nous présenterons d'abord le spectre des réactions des enfants au moment de la séparation. Nous nous attarderons par la suite à ce que vivent les adultes lors de la dissolution du contrat affectif intime.

2.1. Adaptation des enfants à la séparation

La voix ou le point de vue des enfants dans le divorce des parents a fait l'objet de nombreuses études et descriptions (voir surtout Cyr et Simard, 1988, 1999 ; Martin, 1985). Selon leur âge et leur sexe, les enfants manifestent plus ou moins intensément de la colère, de la culpabilité, de la peur de l'abandon et des inquiétudes pour leur avenir. Des comportements régressifs (telle une baisse du niveau de langage) ou agressifs (tels des cris ou des coups) peuvent également être observés. Assez souvent, on assistera à une chute du rendement scolaire. Les filles auraient des réactions au divorce plus « internalisées », telles que la tristesse ou le retrait social. En contraste, les garçons réagiraient de façon plus externe et motrice, par exemple par des bousculades et des gestes de défi à l'autorité. Cela serait particulièrement vrai chez les garçons qui n'ont plus ou presque plus de contacts avec leur père (Alary, 1999). Les rêves de réconciliation de l'enfant sont universels. Par exemple, l'enfant va souhaiter réunir les deux parents dans un même endroit. Ces fantaisies seraient déclenchées par la culpabilité de l'enfant et par un sentiment d'omnipotence. D'autres enfants vont éprouver des conflits de loyauté envers leurs parents. Coincés et déchirés qu'ils sont par la « quantité » d'amour donnée à chaque parent, les manifestations de ce conflit d'allégeance risquent d'être exacerbées par le désir de défendre un parent critiqué ou mal aimé.

Une des difficultés du médiateur pour prendre en compte ce que vivent les enfants est de trouver le bon ton et le vocabulaire adéquat pour les rejoindre dans leur niveau de développement. Il nous faut souligner l'apport remarquable de Marino et Fortier (2002), qui ont élaboré sous forme narrative quelques « conseils » d'un enfant à l'attention de ses parents divorcés. On y trouve de nombreux éclairages quant à la compréhension qu'ont les enfants de cette tranche de vie et à la façon dont résonnent pour eux les arrangements pris autour de la séparation. Le tableau 15.1 fait la synthèse des besoins formulés par les enfants au moment de la séparation.

TABLEAU 15.1
Besoins formulés par les enfants en contexte de séparation (adaptés de Marino et Fortier, 2002 et de Wallerstein et Kelly, 1980)

1. Être renseigné sur la séparation.
2. Ne pas se sentir responsable de ce qui arrive.
3. Être écouté.
4. Pouvoir exprimer ses émotions négatives (dont la colère et l'amertume).
5. Être tenu en dehors des conflits (surtout l'argent et le temps passé avec chacun).
6. Être capable de pouvoir aimer ses deux parents.
7. Bénéficier de temps pour s'ajuster (à un nouveau conjoint, par exemple).
8. Pouvoir parler de ses deux maisons.

2.2. Adaptation des adultes à la séparation

En règle générale, la décision de se séparer plonge les adultes dans une période de stress. La famille (au sens systémique) construite par deux adultes doit se défaire jusqu'à un certain point avant de se recomposer autrement. Le patron des réactions de chaque personne impliquée dans un tel stress de transition est idiosyncrasique : il n'existe pas d'effets qui soient uniformes, universels ou prévisibles chez toutes et tous (Cloutier, Filion et Timmermans, 2001 ; Martin, 1985). Environ la moitié des adultes présentent peu de signes extérieurs et semblent s'accommoder de la rupture. Ils réorganiseraient en quelques mois leur vie sans séquelles apparentes. Pour l'autre moitié cependant, cette période de vie serait marquée par plus de difficultés (surtout des symptômes de détresse psychologique) et une qualité de vie réduite. Ces effets perturbateurs persistent pendant les 6 à 24 mois qui suivent la rupture. Le divorce comprendrait enfin son lot de victimes, fragilisées et hypothéquées par cette période de vie. Moins de 10 % de ceux et celles qui divorcent conserveraient dans leur organisation psychique des séquelles psychoaffectives. Témoins ou victimes d'affects de crise sur de longues périodes, ces personnes seraient handicapées ou blessées dans leur capacité de s'attacher et d'investir une relation affective intime (Forest, 1992).

Les indicateurs psychologiques habituels de détresse chez l'initiateur de la décision sont les tendances à se culpabiliser et à vivre des périodes d'ambivalence. Celui ou celle qui prend la décision s'inquiète du fait qu'il impose son choix aux enfants. Le même type d'inquiétude est parfois palpable chez le conjoint qui sera laissé. Celui ou celle qui subit la décision accuse davantage le choc de la décision. Colère, sentiments de dévalorisation ou de trahison et appréhension face à son avenir et à celui des enfants figurent parmi les réactions typiques de celui qui subit la décision de l'autre. L'animosité, la méfiance et les tiraillements entre conjoints sont inévitables, surtout autour du moment de l'annonce de la décision et du départ. La séparation émotionnelle étant un processus plus long à intégrer que la séparation physique, la journée du déménagement est rapportée comme le moment le plus stressant de tous. Autour de cette période, les interférences émotives de même que le manque de repères obscurcissent souvent la capacité à négocier les détails du quotidien. Dans les sous-sections suivantes, nous allons examiner comment chaque individu peut réagir à la décision de séparation, ainsi que les indicateurs d'un processus émotionnel de deuil. Enfin, nous développerons davantage les types d'interaction du couple au moment de redéfinir ses rapports.

A. Patrons de réactions à la décision de rupture

Il est important que le médiateur familial possède une bonne connaissance des réactions psychologiques potentielles des individus en aval de la décision de rupture. Puisque la médiation familiale est un processus bref et intense, le médiateur familial a intérêt à disposer d'une représentation cognitive assez précise. Nous examinerons dans un premier temps les quatre réactions typiques à la décision de rupture pour ensuite décrire les étapes de l'adaptation à une perte affective chez l'adulte. La grille proposée par

Lambert et Bérubé (2000) présente une nomenclature de quatre façons de faire face à l'enjeu de rupture : éviter la situation, céder à l'autre, rivaliser, collaborer avec l'autre. Voici comment chacune de ces réactions a une incidence sur le cours des entrevues de médiation.

Quoi de mieux pour dépasser une difficulté que de ne pas la voir ? Cette position défensive consiste à éviter la négociation et à s'ancrer dans l'indifférence ou le désengagement face aux suites familiales qui devront être assumées. Le pouvoir d'inertie et d'obstruction de l'évitant demeure tout de même considérable puisque n'ayant pas participé aux tractations, il peut se décharger des conséquences, surtout si elles sont désastreuses. Un retrait massif d'un des deux parents du débat de séparation allonge à coup sûr la période de transition vers une réorganisation de la famille et accroît le risque qu'un des deux parents démissionne ou s'épuise moralement[2]. Il va sans dire que tout ce dossier des parents démissionnaires est préoccupant étant donné les séquelles potentielles de cet « abandon » sur les enfants et sur l'autre parent.

Une deuxième façon de vivre cette décision consiste à céder devant l'autre, à acquiescer à ses moindres volontés et à acheter la paix, peu importe son prix. Cette réaction souvent alimentée par la culpabilité ou par le besoin de se protéger évite toute opposition. Cette personne prend une position inférieure ou basse dans le processus de négociation. Ce style est souvent vécu dans l'attente irréaliste que l'effacement ou l'absence de résistance permettra d'en finir définitivement avec cette tranche de vie.

La réaction la plus fréquente devant la décision de rompre est de faire valoir son point de vue et de défendre ses intérêts : « Nous allons en débattre. » Habituellement, le conjoint belligérant veut avoir l'impression de pouvoir rivaliser avec l'autre. Nous avons souvent observé que la hantise de se faire avoir, de trop concéder ou de perdre la face dans les échanges de négociation constitue la motivation latente qui alimente ce besoin de gagner. Éviter de perdre semble constituer un moteur de confrontation aussi puissant que la recherche de gain sur l'autre.

Les conjoints qui optent pour la stratégie proactive de collaboration avec l'autre semblent se dire : « Composons au mieux avec une situation à laquelle on ne peut rien changer. » Cette recherche de coopération implique que les deux partenaires formulent l'enjeu en termes communs et conjoints et qu'ils travaillent à faire survivre la famille à l'échec conjugal. C'est, pour l'essentiel, cette atmosphère de coopération que le médiateur familial se devra d'aménager dans les entrevues.

---

2. Des données préliminaires ont été présentées en 2000 lors des Consultations fédérales-provinciales-territoriales sur les droits de garde et de visite et les pensions alimentaires pour enfants (<www.justice.gc.ca/fr/ps/pad/reports/cons/consultations.html>). On y relatait que bon nombre de pères finissent par ne plus avoir de contacts avec les enfants, après un certain nombre d'années de procédures.

B. Les étapes du deuil d'une relation intime

Comment fait-on le deuil d'une perte affective ? Est-ce que le processus d'une séparation se déroule approximativement comme celui de la perte d'une personne significative ? Calquant le modèle de Kubler-Ross concernant la mort d'un être cher, Ibrahim (voir Lévesque, 1998) a décrit les étapes successives de l'adaptation à la séparation. Avant d'en scruter l'application au processus de médiation familiale, nous présenterons ce qu'Ibrahim propose comme un prototype de la séquence émotive du deuil de séparation. Ce parcours de deuil se déroulerait habituellement sur une période de 6 à 12 mois. Les étapes de ce processus d'affliction ont trait à la façon de faire face à la permanence de la perte, puis à une période de dévastation émotionnelle, suivie de la résolution de cette perte et finalement d'une façon de survivre à la perte. Le tableau 15.2 présente succinctement chacune des huit étapes de ce processus d'affliction.

TABLEAU 15.2
Les étapes du deuil d'une relation affective intime selon Ibrahim (voir Lévesque, 1998)

Permanence de la décision	1. Menaces de séparation
	2. Annonce de la décision
	3. Déni, irréalité
Dévastation émotionnelle	4. Colère, rage
	5. Affects dépressifs
Résolution de la perte	6. Négociation
Survie à la perte	7. Acceptation de la fin des liens intimes
	8. Détachement et réinvestissement affectif

Ce modèle séquentiel est intéressant, car il permet de situer rapidement l'étape où se situe chacun des individus dans l'acceptation de la fin de la relation affective. Quand un adulte se fait refléter par un tiers impartial l'étape où il se situe, l'impact en est apaisant et peut relancer cette personne vers les étapes ultérieures. Par exemple, consentir à des séances de médiation peut amener une personne coincée dans sa rage ou dans sa dramatisation vers une étape de négociation. Nous avons toutefois noté que bon nombre de personnes n'atteignent pas l'étape de l'acceptation ou celle du détachement. Il n'est pas rare de constater des retours en arrière ou des parcours anachroniques par rapport à la séquence proposée par Ibrahim. Ainsi, au moment de négocier la valeur de la résidence, quelques personnes peuvent plonger dans un épisode d'affects dépressifs ou colériques qui peut ramener une recrudescence de déni de la réalité de la séparation.

2.3. Typologie des couples en instance de séparation

Une des similitudes de la thérapie conjugale ou des séances de médiation familiale est que l'intervenant doit gérer l'interaction, le flux dynamique entre deux personnes, et tenir compte d'une multitude d'informations chargées émotionnellement et livrées en vrac. Le médiateur familial qui saura développer des hypothèses sur le type d'interactions du couple auquel il fait face facilite grandement sa préparation stratégique et la possibilité de calibrer ses interventions à cette dynamique spécifique. Deutsch, Kressel *et al.* (voir Lévesque, 1998) ont proposé quatre types distinctifs de dynamique conjugale. Cette typologie des couples en instance de séparation comprend les types *désengagé, à conflits ouverts*, *enchevêtré* et *autistique*. Nous présenterons brièvement chacun des styles de couple, ainsi que quelques recommandations stratégiques au médiateur familial.

Le couple de type désengagé possède plusieurs caractéristiques qui rendent fluide le déroulement des séances de médiation. Ces couples sont reconnaissables à leur faible attachement et à la relative froideur avec laquelle ils font face à la décision de rupture. Pour eux, la séparation ne constitue qu'un dossier à régler, sans que l'un ou l'autre des conjoints n'ait l'impression d'être déchiré par ce virage. La décision de rupture suscite relativement peu de débat, non plus que d'ambivalence. Le travail du médiateur familial sera ici assez technique et méthodologique, puisque la résonance affective de ce qui est discuté reste faible ou peu en évidence. Le mandat de médiation confié par ce type de couple est expéditif et centré sur la tâche : « Aidez-nous à dresser un compte rendu fidèle et à cogérer de façon efficace cette liste de points. De quels paramètres doit-on tenir compte ? » Par conséquent, le médiateur sera attentif à faire identifier les enjeux, à proposer une méthodologie précise, à faire négocier préventivement les difficultés à venir (par exemple, la présence d'un nouveau conjoint ou les dépenses extraordinaires) et enfin à être précis dans la prise de notes et la formulation des ententes.

Le couple à conflits ouverts représente une catégorie relativement fréquente. Sa dynamique plus acrimonieuse alimente un cortège de différends sur lesquels les conjoints entendent bien discuter ferme chez le médiateur ! Surtout dans les premières séances, l'animosité et la colère peuvent annoncer un pronostic sombre quant au résultat de la négociation. Dès les premiers affrontements, le médiateur se doit d'intervenir rapidement et avec directivité pour présenter une méthodologie de discussion et un ordre du jour. Le médiateur familial a intérêt à encadrer toute cette énergie et à demeurer en contrôle du déroulement de la séance. En incitant ce type de couple à générer un bon nombre de propositions, nous avons observé que le médiateur familial peut y trouver matière à reformuler plusieurs bribes de règlement ou de solution applicable au litige en jeu. Puisque le tempérament argumentatif de ces conjoints masque la recherche de compromis, le choix d'un vocabulaire neutre, une reformulation constante et le recadrage des propos chargés sont des habiletés cruciales d'intervention réussie avec ce type de couple. À défaut d'endiguer cette dynamique de conflits ouverts, le médiateur devra mettre fin à la médiation.

Le couple enchevêtré semble avoir besoin de perpétuer interactions et contacts. Les deux individus de ce couple ont installé un contrat relationnel assez ambigu. Face à la rupture, ils semblent agir dans le but de retarder l'échéance d'une fin définitive à leur relation. Certaines expressions représentent bien le ton ambivalent de ce type de couple : « Ça semble assez fini pour nous deux ; ça a bien l'air qu'il n'y a peut-être rien d'autre à faire pour sauver notre relation. » Étonnamment, les deux partenaires manifestent beaucoup de connivence à entretenir toute sorte de prétextes à se rencontrer. Pour le médiateur, ce chassé-croisé est d'autant plus déroutant que la prémisse même du processus – à savoir la décision de ne plus faire vie commune – est subtilement niée ou reconsidérée à maintes reprises. Pour ces conjoints, la transition nécessaire pour en arriver à ne plus vivre à deux peut s'étaler sur plusieurs mois. Dissoudre cet enchevêtrement et cette fusion représente un sinueux processus ponctué de reconsidérations (« Nous avions discuté de garde partagée pour les enfants à la dernière rencontre, mais ça ne pourra plus marcher parce que ma mère n'est plus d'accord pour venir garder les enfants tous les jours de la semaine en fin d'après-midi… »). Pour mener à terme la démarche de médiation, le tiers veillera à faire valider en entrevue par chacun un thème précis à discuter et à encadrer les échanges aussi souvent que nécessaire.

Le couple de type autistique est ainsi nommé puisque les conjoints présentent un important déficit à décoder les communications verbales autant que non verbales. Chaque conjoint semble vivre hermétiquement dans une bulle, sans trop bien décoder ni symboliser ce qui vient de l'autre. On comprendra vite que des interactions aussi décousues ou sans fil directeur sont particulièrement inefficientes en contexte de rupture. La qualité de ce qui est exprimé à l'autre ou de ce qui est compris par ce dernier est significativement réduite. De là vient l'épithète « autistique » attribuée à ce type de couple. Les enjeux réels de la séparation (notamment le déménagement, l'annonce aux enfants) peuvent être carrément occultés ou bien échafaudés en plans approximatifs. À titre d'exemple, un des conjoints peut depuis quelques mois gérer sa paie et ses dépenses individuellement, alors que l'autre continue d'alimenter un compte conjoint ! Le travail du médiateur familial doit en conséquence se centrer pour l'essentiel sur l'ABC de la communication humaine : exprimer et recevoir des messages. Ainsi, le médiateur s'astreint avec ce type de couple à faire le pont entre les conjoints, à traduire le message, à s'assurer régulièrement leur participation active et à agir comme agent de réalité.

3. GESTION D'ENTREVUE ET SÉLECTION DES CAS

Nous l'avons vu plus tôt, prendre la décision de mettre fin à la relation entraîne un stress de transition chez les personnes impliquées. Doit-on se donner une ultime chance et opter pour une thérapie de couple ? Y a-t-il quelque chose à faire pour éviter la séparation ? Qu'est-ce qui arrive si on se sépare ? Doit-on l'annoncer et procéder précipitamment ou plutôt y aller en douceur, par étapes graduelles ? Les demandes de service qui viennent du public dans cette période de tensions peuvent être étonnamment variées.

À titre d'exemple, dans les années 1990, malgré une séance d'information en groupe au Palais de justice et un formulaire d'inscription au Service de médiation familiale du Centre jeunesse de Montréal, environ 10 % des couples à leur première rencontre s'attendaient à une thérapie familiale ou conjugale ou s'étaient déjà réconciliés !

On peut donc s'attendre à ce qu'une panoplie de demandes de service aboutisse au bureau du médiateur. Seulement une partie de celles-ci vont s'avérer être des mandats clairs de médiation familiale. Voici quelques exemples de demandes inappropriées que nous recommandons d'aiguiller vers des ressources professionnelles extérieures. Il arrive encore fréquemment qu'un médiateur familial soit interpellé pour : *i)* favoriser une réconciliation conjugale ; *ii)* intervenir de façon thérapeutique auprès d'un conjoint résistant ; *iii)* agir à titre d'expert ; *iv)* intervenir à titre d'arbitre d'un différend ; *v)* gérer une crise déclenchée par un départ précipité ; *vi)* procéder au divorce en l'absence du partenaire !

3.1. Entrevue d'information et d'évaluation

Pour bien aménager un espace de dialogue constructif, nous suggérons au médiateur familial de présenter au début de la première séance toute une série d'informations sur la démarche de médiation. Si la demande de service semble appropriée, nous recommandons de faire parapher un formulaire de consentement à certaines règles et conditions de la médiation familiale. L'annexe 1 présente un formulaire type de consentement à la médiation. Traditionnellement, le médiateur s'attaque aux enjeux de la séparation dans un ordre bien précis : l'annonce de la séparation, le départ physique, le plan parental de partage des responsabilités (maintien d'un rôle parental significatif, horaire de vie, etc.). Les contributions financières aux enfants (la pension alimentaire aux enfants) ou au conjoint sont généralement abordées à la suite. La séquence se termine avec les négociations concernant le partage des biens patrimoniaux (couples mariés) ou des biens communs (conjoints de fait). Ces discussions comprennent l'évaluation des actifs et passifs de même que les nécessaires consultations professionnelles (par exemple, avoir partageable d'un fonds de pension) ou institutionnelles (par exemple, acceptation hypothécaire). Le résumé des ententes intervenues compile les décisions et marque généralement la fin de l'acte professionnel à titre de médiateur. Ce document recense les consensus intervenus dans le processus mais ne constitue toutefois pas en soi une procédure légale de divorce. Le couple devra faire entériner ses ententes à l'amiable par un tribunal compétent, après avoir bénéficié de consultations juridiques indépendantes. À cet égard, le site web du Ministère de la Justice du Québec (<www.justice.gouv.qc.ca>) fournit de nombreuses informations ainsi que quelques formulaires.

Le second objectif de cette première séance conjointe est d'évaluer et de vérifier la demande de service. En particulier, nous suggérons à tous les médiateurs d'employer un canevas d'entrevue pour cerner la qualité de la décision de séparation et le degré de préparation à procéder à une réorganisation de la famille. Le tableau 15.3 présente

TABLEAU 15.3
Canevas de l'entrevue d'évaluation

Histoire du couple	Mariage ou union de fait, durée, thèmes et niveau des conflits, style de chacun, tâches parentales, conciliation travail / famille, style de discipline des enfants
Décision de séparation	Façon de prendre la décision, caractère irrémédiable de la décision, degré de mutualité dans la décision, cohabitation ou déménagement, annonce de la décision et surtout qui a dit quoi aux enfants
Stratégies du couple lors de conflits	Déroulement habituel d'une dispute, description d'une divergence disciplinaire concernant les enfants, aisance à exprimer son point de vue et à défendre sa position, dépistage des indices de domination, de contrôle, de soumission et (ou) de la violence récurrente et dangereuse
Urgences ou entente intérimaire	Contact avec les enfants, budget, accès au compte bancaire, occupation de la résidence, évaluation des droits de retraite, assumation hypothécaire, contrat de courtage immobilier, etc.

un synopsis d'entrevue d'évaluation. Il nous apparaît minimal et non intrusif de recueillir des conjoints les détails de leur histoire conjugale et notamment les détails de l'épisode qui a mené à la décision de séparation. Le médiateur familial peut ainsi préciser ses hypothèses cliniques sur l'étape du deuil, le niveau de détresse (ou de crise) et le type de réactivité, pour chacun des adultes. Les observations recueillies sur l'état de l'interaction dans le couple et en particulier sur son vocabulaire vont également lui permettre d'identifier le type de couple auquel il a affaire selon la typologie de Deustch et Kressel.

Parmi toutes les précautions que se doit d'évaluer le médiateur familial, le dépistage d'un rapport de domination et l'identification de ce qui pourrait être une série d'actes violents constituent un devoir professionnel impératif. La présence d'un processus de domination conjugale représente un motif déontologique suffisant pour mettre fin à la médiation. Nous considérons que la médiation familiale est un moyen inapproprié et contre-indiqué en présence de violence récurrente et dangereuse. Annoncé au couple comme un besoin d'évaluer les stratégies du couple lors de conflits, ce dépistage ne saurait être escamoté puisque toutes les études sur la violence conjugale rapportent un nombre significatif d'incidents violents au moment de la séparation (Laroche, 2003). Cette prescription est d'autant plus nécessaire que bon nombre de couples continuent de cohabiter tout en entreprenant une médiation familiale. Le chapitre 9 est consacré à l'intervention en présence de violence conjugale. Il présente des critères

permettant d'évaluer la présence de violence conjugale dangereuse. Mentionnons que la sécurité des conjoints exige du médiateur familial de la prudence. Il doit rester aux aguets tout au long du processus et explorer au besoin, en séances individuelles, tout déséquilibre de pouvoir dans les discussions. Il existe dans la communauté professionnelle un débat animé sur : *i)* la nécessité de judiciariser toute situation de violence conjugale dite structurelle ou systémique ; *ii)* la pertinence d'intervenir par la médiation familiale en contexte de violence conjugale ; *iii)* l'efficacité des groupes thérapeutiques pour personne agresseur et agressée ; *iv)* la possibilité de mettre en place un protocole de sécurité des personnes. D'après notre expérience, la possibilité pour les deux conjoints de redéfinir des scénarios de liens parent-enfant qui soient réalistes et sécuritaires peut aussi servir de monnaie d'échange en contrepartie de l'adhésion à un processus adapté de médiation à l'intérieur duquel un protocole rigoureux de sécurité des personnes est mis en place et maintenu. En somme, le médiateur familial doit rester particulièrement sensible à la capacité de chaque partie à se représenter, à parler pour elle-même, ainsi qu'à confirmer régulièrement la volonté de négocier face à face. Les mêmes précautions sont de mise si l'un des adultes présente une détérioration émotionnelle importante, tel un trouble dépressif majeur ou une rage persistante, qui handicape sa capacité à développer son point de vue. Après tout, pour que le résultat de la négociation soit équitable et responsable, le médiateur doit être en mesure de constater un relatif équilibre du pouvoir entre les deux parents.

3.2. Conditions d'un mandat clair de médiation familiale

À la fin de l'entrevue d'information et d'évaluation, le médiateur a pu se construire des hypothèses sur les caractéristiques du couple et de chacun des conjoints. Cela doit lui permettre de prendre une décision éclairée quant aux suites à donner à cette demande de service. Il est important de résumer ici les conditions à remplir pour que le médiateur convienne avec les conjoints d'un mandat clair. Ces conditions de base garantissent une participation responsable à un processus volontaire de médiation. Les informations colligées à la première séance d'information et d'évaluation doivent confirmer chez le médiateur familial les métacognitions suivantes chez les deux conjoints :

- la volonté et la capacité de négocier en face à face ;
- le fait que la décision de se séparer a été discutée et est minimalement acceptée ;
- l'acceptation à procéder à une réorganisation de son quotidien ;
- la capacité à recourir à des options concrètes de réaménagement de sa vie ;
- la mise en place d'un plan réaliste pour mettre fin à la cohabitation ;
- l'absence de stratégies de domination / protection ou d'une série de gestes de violence ;
- l'absence de trouble dépressif majeur avec pensées de mourir ou plans suicidaires.

Le tableau 15.4 résume les options qui s'offrent au médiateur familial à la fin de la séance d'information et d'évaluation. Pour établir une gestion efficace de cas, le médiateur doit se demander s'il possède les compétences requises, s'il accepte ou non le mandat de médiation, s'il adapte le processus de négociation pour contrebalancer un déséquilibre de pouvoir constaté ou s'il va aller jusqu'à requérir l'installation d'un protocole de sécurité des personnes. Par exemple, le médiateur pourrait demander de prolonger l'entrevue d'évaluation pour explorer davantage le cynisme constaté ou la difficulté à obtenir un portrait cohérent des finances du couple. Étant donné la lourdeur de tels processus adaptés de médiation, la majorité des médiateurs optent pour les référer à des collègues plus spécialisés ou à des ressources communautaires.

TABLEAU 15.4
Options ouvertes au médiateur familial en cas de mandat difficile ou lors d'un déséquilibre de pouvoir (non dangereux) dans le couple

A –	Poursuivre la médiation en proposant une méthodologie de négociation
B –	Poursuivre en adaptant le processus de médiation pour contrebalancer un déséquilibre de pouvoir (par exemple, conditions spécifiques de négociation, protocole de sécurité des personnes, restriction des contacts hors séance, accompagnement à la séance de médiation ou lors du transfert des enfants, utilisation de caucus individuels)
C –	Référer à un collègue médiateur plus spécialisé
D –	S'adjoindre un comédiateur
E –	Mettre fin à la médiation en référant précisément à des ressources communautaires de prise en charge pour la personne violente et celle qui en est victime ; s'il y a lieu, en référer au système judiciaire civil et criminel

3.3. Séminaire de parentalité après la rupture

Nous avons vu plus tôt que le maintien des disputes entre adultes après la séparation apparaît comme le facteur le plus susceptible de générer des conséquences négatives à long terme sur les enfants (McKenzie et Bacon, 2000). De nombreuses provinces canadiennes requièrent des parents en instance de séparation leur participation à des séminaires d'une durée de deux à six heures sur la parentalité après la rupture. Le but avoué de tels séminaires est de faire la prévention primaire des problèmes d'adaptation des enfants pris au piège d'une séparation conflictuelle et, en particulier, de contrer le décrochage ou la démission d'un des deux parents exaspéré par cette haine sans fin. Malheureusement, les couples québécois ne disposent pas de telles rencontres éducatives pour les aider à relever le défi d'être parent dans deux maisonnées. Actuellement un tel séminaire n'est offert que sur une base de projet au Centre jeunesse de Montréal. Cependant, le *Deuxième rapport du Comité de suivi sur l'implantation de la médiation familiale*[3]

3. <www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/2rap-med-f.htm>.

recommande expressément au ministre de la Justice d'offrir à toutes les familles en instance de séparation la possibilité de participer à un séminaire sur les façons de maintenir son rôle de parent après la rupture. Sans aborder le cas particulier d'un parent, ces séminaires sensibilisent les parents aux conditions objectives auxquelles l'adaptation des enfants et la réorganisation du système familial sont optimales.

Une des façons de responsabiliser les parents dans la réorganisation familiale serait de les informer des transitions mises en évidence par le modèle systémique des cycles de vie familiale. Le contenu de ce séminaire de parentalité après la rupture propose trois étapes permettant de transiter d'une famille unie à une famille composée autrement (McKenzie et Bacon, 2000). À la première étape, l'animateur de ce séminaire rappelle que les parents doivent accepter de perdre et de changer. Et ces pertes peuvent être nombreuses : accepter le cours des événements, faire avec les conséquences immédiates et installer des arrangements temporaires quant aux enfants et quant au budget. Il n'est pas aisé pour des adultes qui sont plongés dans une période difficile ou momentanément en détresse de manifester du réalisme et de rester ouverts à effectuer les changements nécessaires à leur routine. De plus, l'enfant s'adaptera plus facilement s'il a accès à deux parents : l'enfant devrait pouvoir entretenir des contacts réguliers et significatifs avec chacun de ses deux parents. Il est bien connu que le parent qui présente une image de considération positive de la place et du rôle de l'autre parent contribue grandement à sécuriser l'enfant et à autoriser le fonctionnement en deux maisonnées : « Je vais m'ennuyer de toi, mais je trouve important que tu puisses passer du bon temps avec ton autre parent. » Il y sera également mentionné que l'enfant doit être maintenu en dehors du conflit parental, qu'il doit être exempté des débats et qu'il ne lui appartient pas d'être le messager entre les parents.

Au cours de la deuxième phase de restructuration du quotidien de la famille, l'animateur de ce séminaire mettra de l'avant que le défi de la famille séparée implique la délimitation d'une zone commune et conjointe qui n'empiète pas la zone privée et exclusive de chacun des deux adultes. Cet espace conjoint s'avère nécessaire au partage des rôles parentaux (p. ex., les valeurs de vie, l'encadrement, la réponse aux besoins et demandes des enfants), ainsi qu'à l'exercice des accès aux enfants. La participation de parents à des événements spéciaux (p. ex., la célébration des anniversaires, les contacts avec la famille élargie et les grands-parents) répond au besoin de continuité familiale souvent abordé par les enfants. Il ne sera pas évident d'arrimer et de réconcilier un horaire d'activités parascolaires propre à chaque enfant, d'accès aux enfants pour chaque parent avec un agenda de travail ou des responsabilités professionnelles. L'objectif psychosocial recherché est de développer la tolérance à la différence chez les ex-conjoints. L'animateur pourra affirmer notamment que l'enfant ne doit pas être utilisé comme espion (de ce qui se passe chez l'autre), comme messager ou comme allié de sa cause. Il est bien connu que les problèmes d'ingérence indue d'un parent dans la vie de l'autre, de résistance au changement par le sabotage des ententes intervenues ou le maintien

d'une rivalité entre eux (p. ex., concours du parent le plus fin, course à celui qui donne les plus gros cadeaux) compliquent et allongent pour tous les membres de la famille le stress de transition.

La troisième et dernière phase d'élaboration d'un mode de vie renouvelé doit permettre à la famille de poursuivre son chemin et aux individus de revenir à leurs activités habituelles et à leurs priorités. Dorénavant, la vie devra se composer autrement : vivre une vie de parent célibataire, accepter l'arrivée d'un nouveau conjoint, envisager de fonder une nouvelle famille avec, éventuellement, un nouvel enfant ou un remariage sont quelques-uns des défis qu'une famille redéfinie en deux maisonnées devra éventuellement relever. Affronter les événements du cycle de vie familiale et faire preuve de souplesse dans la mise en application des ententes supposent chez les conjoints la capacité à corriger les attributions négatives et à régler les problèmes concrets d'implantation. Voici un exemple clinique permettant d'illustrer la notion de désaccord entre les conjoints sur le partage de la garde des enfants.

Vignette clinique 2 – Les enfants ont droit à du temps de qualité avec chacun des deux parents

Référés par leurs avocats respectifs, les conjoints de ce couple s'entredéchirent sur ce qui constitue un minimum de temps de qualité passé avec les enfants. La séparation remonte à deux ans déjà. Les enfants, qui ont actuellement 9 et 12 ans, sont en « garde exclusive » avec la mère et voient le père une fin de semaine sur deux et deux fois une semaine pendant les vacances. Le litige actuel porte sur la requête de la mère pour que la situation évolue vers la garde partagée tandis que le père veut maintenir la formule actuelle de souplesse (selon ses disponibilités). De plus, le ton est tellement acrimonieux que monsieur accuse madame d'aliéner les enfants et menace à son tour d'exiger une expertise psychosociale. Les communications directes sont rompues. Compte tenu de ce braquage sur des positions rigides, l'approche du médiateur a été de favoriser un format éducatif axé sur la parentalité après la rupture. Ainsi, les deux premières rencontres ont été menées de façon très directive et scolaire. Les parents ont été questionnés à tour de rôle quant à leurs attitudes et rôles parentaux sans pouvoir en débattre. Ils ont reçu également une bibliographie reprenant les contenus du séminaire sur la parentalité après la rupture (voir le point 3.3). Ils ont enfin été appelés à exposer leurs perceptions des besoins de leurs enfants, limitant toujours les échanges entre eux. Aux rencontres subséquentes (six séances au total), toute l'attention du médiateur s'est portée à faire diversion aux insultes, aux lectures de pensée et aux accusations (voir le point 4.3.1 – Rôles assumés par le médiateur). Au fur et à mesure que se consolidait le rapport de confiance au processus et que les points de vue des enfants circulaient plus souvent en entrevue, la stratégie du médiateur a évolué : soumettre à chaque parent quelques hypothèses concernant les besoins sous-jacents aux positions prises par chacun (voir le point 4.2.1 – Les principes d'une négociation raisonnée). En pratique,

la revendication de garde partagée de cette mère a été traduite comme le besoin d'être rassurée contre les affres de la monoparentalité, alors que la résistance du père serait fondée sur un besoin farouche d'indépendance et d'autonomie. Le point de compromis de l'enjeu émotif imbriqué dans ce litige de garde consiste dans la reconnaissance de ces aspects sensibles et dans une formulation consensuelle. Le résultat de médiation a été une entente partielle sur un nombre minimum de jours de semaine pendant lesquels les enfants seraient avec leur père ; la question de l'ajustement du montant de pension alimentaire est restée en suspens. Même si une partie du débat parental a été assainie, un échange virulent a éclaté à la toute fin de la dernière entrevue : « Qui sera le meilleur parent ? » Cette brèche a pu être colmatée (temporairement ?) en rappelant aux ex-conjoints que chacun avait reconnu en l'autre un parent compétent.

3.4. Mandat de thérapie de séparation ou mandat de médiation familiale ?

Même si éventuellement les couples difficiles pourront assister à un séminaire sur la parentalité après la rupture, il n'en demeure pas moins que la sélection des cas au contexte d'une négociation volontaire reste un enjeu délicat. En particulier, le médiateur doit se demander vers quelle ressource professionnelle il doit diriger certains couples dits à haut niveau de conflits présentant une dynamique acrimonieuse souvent envenimée par la durée des griefs. La hargne peut être telle qu'aucun terrain d'entente ne semble possible pour un des partenaires ou les deux (Cloutier, Filion et Timmermans, 2001 ; Walsh, Jacob et Simons, 1995). Ces couples se menacent et entament des procédures judiciaires coûteuses à répétition : ils ne veulent ni plier, ni négocier. Cela peut aller de la coupe de cheveux des enfants au fait d'interdire que la ou le conjoint ne croise inopinément les enfants sur le trottoir à leur retour de l'école ! Un cortège de lettres, de requêtes ou d'affidavits s'ensuit invariablement. Souvent, après des journées complètes de comparutions destinées à examiner les conclusions d'expertises psychosociales, procureurs et parties s'enferment dans des rhétoriques de droits et d'obligations ; on tente d'en appeler à la tradition jurisprudentielle. Somme toute, le défi de définir une zone de confort postséparation pour ces *quérulents* est une tâche colossale. Doit-on privilégier un travail thérapeutique en aval de la décision de séparation, où l'intervenant tentera de décoder et d'interpréter rapidement une constellation de sentiments interpersonnels et intrapsychiques afin d'exercer un impact de conscientisation sur la crise en cours ?

Selon nous, trois possibilités s'offrent au consultant pour réduire la détresse individuelle et tenter de dénouer l'impasse des dysfonctionnements de la communication. La première option est une thérapie conjugale d'acceptation de la séparation (parfois connue sous l'étiquette « counseling de séparation »), la deuxième est nommée médiation familiale thérapeutique (Irving et Benjamin, 1987), tandis que la dernière est

la médiation familiale, telle que décrite dans ce chapitre. Nous allons préciser chacune de ces trois options pour en faire ressortir les points forts et ensuite donner quelques recommandations de gestion de cas.

Dans le cadre d'une thérapie conjugale d'acceptation de la séparation, la demande de service implique l'exploration de ce que les adultes ont été en amont de la décision de séparation. La rupture aurait déclenché un état de crise que la thérapie de séparation peut contribuer à résorber en explorant les blessures intrapsychiques non résolues qui ont été mises à nu. Le commentaire suivant illustre cette situation : « Je ne sais pas ce qui s'est passé mais dès que j'ai été en sa présence, j'ai perdu les pédales, le sang m'a fait trois tours… » Le thérapeute de couple dispose de la marge de manœuvre nécessaire pour travailler la constellation d'émotions et de cognitions à la source de la détresse. Le thérapeute de couple peut notamment explorer les affects d'engagement, d'intimité, d'attachement, d'idéal de même que ceux soulevés par le sentiment d'échec du projet intime. À ce titre, il peut demander aux conjoints de dresser la liste des pertes associées à la dissolution de l'union ou de nommer les avantages et les inconvénients de la désunion. D'autres thérapeutes de couple pourraient compléter ce processus en demandant aux conjoints de lire un texte sur l'adaptation au divorce ou de passer un questionnaire pour déterminer la nature et l'intensité des réactions corrosives de séparation.

Un certain nombre de professionnels, surtout ceux de formation psychosociale, sont portés à proposer à ces couples quérulents un processus modifié de médiation familiale dite thérapeutique (Irving et Benjamin, 1987). Cette deuxième option pose le postulat que toute médiation doit aborder les enjeux émotionnels de la fin de la vie maritale. Pour l'essentiel, ce processus dit thérapeutique se caractérise par un fonctionnement particulier des séances de médiation : à tout moment du processus, il est possible de tenir des caucus individuels considérés comme des séances de pré-médiation. Pendant ces rencontres individuelles intercalées au besoin parmi la séquence de rencontres à trois, les stratégies de négociation inappropriées et les déficiences communicationnelles propres à chacun sont identifiées. Par la suite, en séance conjointe, les diverses recommandations prescrites à chacun en caucus individuel sont mises en pratique pour tenter de corriger les attitudes non productives de négociation. La raison d'être de ce processus de médiation modifié se fonde sur la possibilité de préserver une présence parentale significative aux enfants. Les objectifs restreints de la médiation familiale dite thérapeutique sont : *i)* de fournir aux parties un lieu d'échanges où chacun peut se faire entendre ; *ii)* de protéger les enfants du conflit en cours ; *iii)* de chercher à maintenir une disponibilité parentale auprès de l'enfant ; *iv)* de faire une prévention primaire des séquelles de réactions émotionnelles corrosives (telles que la vengeance, le goût de punir l'autre ou l'exigence de réparation des torts subis).

Nous croyons qu'il faut agir avec prudence dans ces dossiers à haut niveau de conflits et qu'au premier chef, le professionnel se doit d'éviter la confusion de rôle. Il doit se demander s'il agit à titre de thérapeute de couple ou bien à titre de tiers neutre et impartial. Il nous paraît plus adéquat que deux professionnels distincts portent chacun

un mandat spécifique. Dans les dossiers à haut niveau de conflits, nous recommandons que, dans un premier temps, un thérapeute de couple négocie avec les conjoints un mandat d'acceptation de la séparation et qu'il soit reconnu comme leur guide dans l'exploration et la modification de leur dynamique interactionnelle problématique. Dans un deuxième temps, un autre professionnel accrédité agit comme tiers médiateur pour faciliter la conciliation des rapports entre les parents et la réorganisation de leurs liens aux enfants. C'est le modèle de médiation familiale qui est mis de l'avant dans ce chapitre.

Étant donné le contexte chargé d'une séparation conflictuelle, il ne nous paraît pas sage de procéder à une médiation familiale thérapeutique (Walsh, Jacob et Simons, 1995). Il serait naïf de croire que les propos et interventions du médiateur familial thérapeutique seront tôt ou tard instrumentalisés dans l'argumentaire de parties qui s'affrontent. De tels glissements de rôles (thérapeute – médiateur) sont à éviter en contexte de litige. Le médiateur alors assimilé à un rôle de thérapeute sera pris à partie par un des parents ou par les deux comme étant biaisé ou partial. « Vous êtes d'accord avec ça comme spécialiste professionnel ! Je sais que vous ne pouvez prendre parti mais c'est plein d'allure comme règlement, n'est-ce pas ! C'est habituellement le genre d'entente raisonnable auquel les couples normaux arrivent en général ! » Le commentaire fréquent sur l'empathie du médiateur (« il comprend bien ma détresse ou l'inconfort de la situation dans laquelle je me retrouve ») va immanquablement se transformer en appui du médiateur, versé au compte d'une partie (« il est plutôt sympathique à ma proposition, tu vois bien que ta façon de voir ne tient pas la route »). D'après notre expérience, gérer de nombreuses reprises de vie commune entrecoupées de ruptures fracassantes ou bien des « urgences » à répétition sera mieux accompli par une thérapie conjugale de séparation que par un processus de médiation thérapeutique. L'exemple clinique suivant permet de distinguer la médiation familiale du travail thérapeutique en couple.

Vignette clinique 3 – Nous sommes en instance de divorce... pas vraiment !

Deux professionnels en pleine carrière ayant trois enfants d'âge scolaire (7, 10 et 12 ans) demandent une médiation familiale. La séparation remonte à six mois. Les informations recueillies montrent une dynamique de disputes récurrentes exacerbée par des arrangements particuliers de fonctionnement : les parents transitent à tour de rôle dans la résidence familiale (où les enfants demeurent tout le temps) et dans un appartement (en colocation). Au début, le changement s'effectuait à chaque début de semaine mais, devant les protestations des enfants, ils mettent à l'essai depuis un mois un horaire 5 / 5 / 2 / 2. Les quatre premières séances de médiation produisent une impression de stagnation. Habiles et articulés, les deux ex-conjoints collaborent bien à identifier les irritants, à formuler des propositions et à convenir de nouvelles façons de faire. Toutefois, entre les rencontres de médiation, l'entropie reprend et les rendez-vous subséquents sont annulés puis reconfirmés ! La

présentation des méthodologies structurée et raisonnée (voir la section 4) ne semble pas avoir d'impact de conscientisation sur cette dyade symptomatique. En préparation de la cinquième rencontre, le médiateur révise les conditions d'un mandat clair de médiation. Il envisage de faire valider son mandat et d'aborder avec les ex-conjoints sa lecture d'une trame répétitive de sabotage des ententes. Dans un premier temps, les deux parents nient entretenir une relation enchevêtrée puis se lancent dans une série de récriminations l'un envers l'autre dont certaines remontent aussi loin qu'à la formation du couple et à un retour aux études. Le médiateur a choisi de suspendre les séances de médiation en leur expliquant que la décision de séparation ne présente pas un caractère définitif, qu'une forme de relation affective se maintient entre eux et que la réorganisation de leur trajectoire de vie s'embourbe dans des boucles fermées. Après avoir distingué les rôles professionnels de thérapeute et de médiateur, ils ont accepté la référence en thérapie conjugale (mandat de résolution de l'ambivalence). Plus tard, les conjoints confiaient entretenir une vie sexuelle sporadique et ils évoquaient même à l'occasion certaines fantaisies de reprise de la vie commune.

4. MODÈLES D'INTERVENTION EN MÉDIATION FAMILIALE

Après avoir survolé les aspects psychologiques de la séparation et mentionné quelques enjeux professionnels du travail du médiateur familial, nous nous attarderons maintenant à la description de trois schémas conceptuels du processus de négociation. La complexité des thématiques abordées ainsi que la puissance des émotions générées impliquent que le médiateur familial possède un plan articulé d'intervention pour faciliter les négociations. Quelle thématique aborde-t-on en premier ? Quelle méthodologie de discussion sera proposée au couple ? Dans quelles circonstances le médiateur se permet-il d'être directif ? Quelle place sera faite à la gestion de la dynamique interactionnelle, à la ventilation des émotions toxiques, à la résolution des impasses ? Comment s'y prend le médiateur familial pour dénouer une impasse ? Au-delà de l'art personnel du médiateur à installer une relation de confiance interpersonnelle, quelles habiletés d'intervention soutiennent au mieux un processus réussi ? Pour répondre à ces questions, trois modèles nous semblent porteurs de sens concernant la méthodologie de la médiation. Il s'agit du modèle de négociation structurée, inspiré du monde des relations de travail, et du modèle de la négociation raisonnée, inspiré de la diplomatie internationale. Nous présenterons enfin un modèle intégrateur des phases d'intervention, des rôles et des habiletés du médiateur familial tel qu'il se dégage de l'observation empirique du processus de la médiation.

4.1. Négociation structurée

Comme son nom l'indique, le modèle de négociation structurée voit l'enjeu de la réorganisation familiale comme une série de décisions dyadiques qui découlent d'une démarche linéaire (voir Haynes et Haynes, 1989 ; Moore, 1986). Autrement dit, ce modèle structuré correspond à une séquence d'étapes successives de résolution de problème. Un premier contact sert à clarifier un mandat ; une fois un désaccord identifié, l'étape suivante consiste à explorer et à faire verbaliser les points de vue de chacun. Pour fournir un modèle de communication efficace, le médiateur se fait l'écho redondant de ce qui est discuté. L'étape subséquente consiste à faire générer un grand nombre d'options ou de solutions potentielles. Le modèle structuré prescrit de procéder à l'évaluation systématique des mérites de chaque option retenue. On recommande enfin d'encadrer une prise de décision formelle et d'en considérer la mise en application : « Nous allons faire l'essai d'un processus structuré de négociation pour vous permettre de prendre la meilleure décision possible dans les circonstances… Je me permettrai de vous guider au fil de ces étapes et, au besoin, je vous ramènerai à l'étape ou au thème discuté. » Même si le cours des discussions s'emballe lors des séances, ce modèle de négociation structurée est particulièrement adapté pour faire le point et relancer la séquence de négociation. L'intérêt du médiateur pour cette façon structurée de négocier consiste dans sa facilité à être appliquée au déroulement des discussions. Choisir d'aller confier son désarroi à un médiateur familial fait du sens pour le couple dans la mesure où cette tierce partie va proposer une assistance concrète à la négociation des différends.

A. Étapes d'une médiation structurée

Dans une médiation inspirée du modèle structuré, le médiateur s'assure en début d'entrevue d'amorcer la démarche et de faire le point régulièrement sur l'ordre du jour des discussions. Un ingrédient essentiel à la négociation structurée est qu'une information validée circule d'un conjoint à l'autre. Il est fort pertinent de faire transiter les messages par le médiateur qui, ainsi, résume, reformule ou normalise les points de vue exprimés. À la seconde étape, le médiateur prend soin de favoriser une « tempête d'idées » de façon à sortir du paradigme gagnant / perdant auquel confine le fait de ne débattre que d'une seule proposition. Tout en maintenant un contrôle directif sur le déroulement de l'entrevue, une autre astuce du médiateur à cette étape consiste à dépersonnaliser les suggestions émises en leur donnant des étiquettes neutres (p. ex., plan *A* / *B* / *C*). Le médiateur sera aussi attentif à reformuler tout ce qui peut sembler chargé négativement. Les blâmes, les attributions et les attaques personnelles ont avantage à être traduits et atténués. Notamment, un blâme concernant une incapacité parentale (p. ex., préparation des repas) peut être traduit en besoin (p. ex., une alimentation saine et équilibrée). Il peut en être de même pour une attribution négative qui sera recadrée en crainte ou pour une critique qui sera convertie en préférence individuelle. Procéder régulièrement

à la vérification de ce que chacun a compris de la proposition en cours et veiller à mettre en mots ce qui est implicite dans la solution envisagée sont deux tâches cruciales de la part du médiateur familial au moment de faire générer plusieurs propositions.

Disposant maintenant de quelques options, il est important que le couple puisse bien en apprécier les mérites en regard de l'objectif familial poursuivi (p. ex., « pour développer la compréhension du point de vue de l'autre, je vous suggère de dresser un tableau comparatif des avantages et bénéfices en regard des inconvénients de la proposition en jeu, pour être sûr de ne rien perdre de tout ce qui ressort présentement comme commentaires »). Le médiateur intervient de façon à limiter la critique, la tendance à rejeter tout, de même que les généralisations intempestives. Le maintien de l'équilibre du pouvoir entre les parties conditionne le sentiment d'équité de la négociation. Le médiateur s'assure donc que le temps de parole et le niveau de participation entre les conjoints sont équivalents.

La tâche du médiateur familial au moment ultime de la prise de décision consiste à encadrer la formulation de l'entente ou du compromis qui se dégage, le choix des mots étant souvent délicat. Par exemple, « la mère aura la garde exclusive des enfants » n'a pas du tout la même résonance pour l'autre conjoint que la formulation suivante, pourtant tout à fait équivalente : « Les enfants seront confiés la majorité du temps à leur mère. » Par la suite, il fait commenter par chacun la solution retenue en regard des objectifs, des besoins et des valeurs communes qui ont été énoncés depuis le début des discussions. Ce détail est crucial pour une application ultérieure de la solution négociée. C'est seulement en fin de séquence que le médiateur traite les irritants ou les réticences de chacun.

En somme, le modèle structuré de négociation présente l'avantage d'offrir une méthodologie séquentielle claire, où il est toujours facile de se repérer. De plus, ce modèle linéaire constitue un bon cadre de référence sur la façon de tenir des pourparlers. L'évidence de la démarche permet de repositionner le débat sans que l'un ou l'autre des parents ne se sente fautif ou inadéquat.

4.2. Négociation raisonnée

La seconde façon de tenir une négociation est le modèle de négociation raisonnée basée sur quatre principes (voir Lévesque, 1998). L'énoncé de ces principes rationnels découle des travaux sur la diplomatie et sur les relations internationales entrepris par Ury et de Fisher au Harvard Negotiation Project dans les décennies 1970 et 1980. Dans notre expérience, ces principes raisonnés ont une grande valeur éducative pour le couple au moment de la séparation. Étant donné leur impact pédagogique sur les interrelations du couple, nous préférons enseigner systématiquement ces principes raisonnés à tous les couples. Ce choix se trouve confirmé par le nombre de fois où nous avons observé que le couple en fait mention explicitement dans ses discussions. De plus, la valeur pédagogique de ces principes nous est à l'occasion rapportée dans les commentaires de

juristes qui reprennent ces dossiers inachevés. Ces quatre principes dits raisonnés assureraient la réussite du processus de négociation. Cette justification théorique s'énonce de la façon suivante : *i)* traiter séparément les questions de personnes et le différend ; *ii)* se concentrer sur les intérêts en cause et sur les besoins ; *iii)* imaginer des solutions pour un bénéfice mutuel ; *iv)* exiger une prise de décision basée sur des critères objectifs.

A. Les principes d'une négociation raisonnée

Le premier principe de la négociation raisonnée consiste à traiter séparément les questions de personnes et le différend. Les séances à trois doivent permettre de solutionner des litiges et de produire des résultats. Ce principe offre au médiateur toute la justification nécessaire pour s'interposer et n'autoriser qu'une ventilation limitée des réactions émotionnelles à la séparation, ou pour interdire au besoin un certain ton ou un certain langage (p. ex., « Ce niveau de langage vous soulage peut-être un peu, mais dans la perspective de devoir continuer à faire affaire l'un avec l'autre pour encore de nombreuses années, je vous demanderais de vous abstenir et de vous adresser l'un à l'autre avec respect… Ce débat sur la valeur de chacun comme parent ne nous mène à rien ; compte tenu que vous vous reconnaissez comme deux parents responsables, je vous suggère plutôt de revenir au calendrier des congés des enfants… »). Laisser dégénérer les échanges en insultes ou en dénigrements réduit l'implication de chaque partie dans la recherche d'une solution au différend. Il ne faut pas sous-estimer l'importance pour chaque parent de se sentir respecté comme préalable à la conciliation.

Un couple à conflits ouverts ou une interaction enchevêtrée va souvent donner lieu à des monologues où chaque partie répète en parallèle ses arguments. Le deuxième principe raisonné qui recommande d'orienter la discussion vers l'exploration du besoin ou de l'intérêt qui sous-tend une position permet de désamorcer de tels débats circulaires. Par exemple, le tenant et l'opposant à la croyance qu'un enfant ne peut pas s'épanouir « dans des valises » ou celle qui dit qu'un enfant qui voyage « n'a pas de racines » peuvent être questionnés par le médiateur pour faire ressortir, au-delà de l'affirmation péremptoire, le besoin ou la préoccupation qui est à sa base. Il peut ainsi voir émerger une demande pour passer des périodes de temps suffisamment longues avec l'enfant ou la préoccupation de lui éviter de trop nombreux déménagements. Chercher à répondre à ces besoins permet de traduire le différend sous un angle moins figé.

Imaginer des solutions pour un bénéfice mutuel constitue le troisième principe raisonné (« Mettons-nous au défi de rechercher une position intégrative et dépersonnalisée qui fasse la synthèse de ces deux angles particuliers que vous présentez… La puissance que vous manifestez tous les deux est impressionnante ; nous devrions veiller à ce que toute cette force soit canalisée vers la recherche d'avantages mutuels… Comment cette proposition satisfait-elle les besoins communs et partagés de toute la famille

que nous avons reconnus précédemment ? »). Ce troisième principe sert à sortir chacune des parties de sa perspective individuelle et à les faire cheminer vers la réorganisation d'une famille et, en particulier, vers le maintien de liens parents-enfants. L'utilisation d'un babillard ou d'un tableau à feuilles mobiles s'avère un outil fort pertinent pour afficher la liste des options ou les grands titres de ce que chacun amène. Cela est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de chiffres ou de montants d'argent. Pour définir un concept, le médiateur a avantage à en référer à des sources d'informations crédibles. Par exemple, la question des biens inclus ou exclus du patrimoine familial est rapidement tranchée par une recherche en bibliothèque ou sur le réseau Internet.

Il est bien connu que de nombreuses négociations échouent dans le dernier droit. Plusieurs impasses surviennent au moment de formuler l'entente ou de clore la discussion : « Ce n'est pas exactement ce qui a été entendu. Ce ne sont pas les bons mots. Cette interprétation n'est pas conforme à ce que nous avions discuté. Si c'est comme ça, je ne suis plus d'accord avec tel autre aspect de l'accord sur le point précédent… » Pour amenuiser de tels écueils, le dernier principe raisonné précise que la décision doit être prise en fonction de critères objectifs. Le médiateur peut, en fin de processus, annoncer une cotation formelle des solutions selon les besoins et les valeurs qui ont été mis de l'avant par le couple dans ses discussions. Pour s'assurer que l'entente est bien fermée, le médiateur devrait de plus exiger que chaque partie s'engage explicitement envers l'accord intervenu (« C'est un compromis viable ; ce n'est pas ma solution de départ ; nous essaierons de vivre avec ça »).

4.3. Modèle empirique du processus en médiation familiale

Nous nous intéressons comme praticien chercheur à décrire comment le médiateur familial module ses interventions en fonction du niveau de perturbation de l'interaction et en fonction du niveau de détresse individuelle. Nous avons développé un modèle empirique du processus en médiation familiale par l'observation systématique de l'interaction de la triade (Côté, 1993). Les moments clés du processus ainsi que certains ensembles d'habiletés du médiateur familial ont pu être objectivés par une cotation des comportements verbaux de l'homme, de la femme et du médiateur. Cette recherche a été effectuée grâce à la collaboration des médiateurs familiaux du Centre jeunesse de Montréal rattachés à la Cour supérieure du Québec, sur une période d'environ trois ans. Les données de 71 entrevues provenant de 22 dossiers de médiation globale ont été soumises à diverses analyses typologiques et séquentielles des interactions de la triade pour dégager un portrait empirique de ce qui se passe au cours des séances.

Globalement, les faits saillants de cette observation n'appuient pas la séquence d'étapes telle que postulée par le modèle structuré de négociation. Nous n'avons pu confirmer le résultat voulant qu'un différend soit analysé sous toutes ses formes, étape par étape, jusqu'à l'aboutissement d'une décision, ni le fait que le couple traite un désaccord à travers une séquence linéaire. L'historique d'une entente négociée appelle davantage

une mosaïque d'éléments qu'un parcours systématique ou linéaire. Les interactions de la triade sont mieux décrites par l'image d'une spirale concentrique dont le vecteur semble être la recherche de propositions et la conciliation des différences. Le médiateur familial occupe globalement la moitié du temps des premières entrevues et les deux conjoints se partagent à peu près également l'autre moitié. Plusieurs contenus et objets de négociation sont abordés à la fois. Les discussions qui ont cours en médiation relèvent constamment de deux volets imbriqués et indissociables : les résonances affectives de la fin de la relation maritale de même que les enjeux parentaux, juridiques et économiques de la séparation. Le processus en médiation n'est réductible ni à l'un, ni à l'autre.

Pour rendre compte des analyses typologiques isolant les comportements de la dyade de conjoint, le modèle théorique d'intégration de l'information formulé par Brinberg et Jaccard (1989) nous semble bien représenter le déroulement des discussions entre les parties. Pour l'essentiel, la médiation en contexte familial se résumerait à une démarche d'intégration des enjeux de la réorganisation des liens parents-enfants. Selon ce modèle, la dyade de conjoint traite et intègre l'information selon une séquence en trois phases : le débat est d'abord délimité et balisé (phase d'orientation), puis les informations et les positions individuelles sont clarifiées et affinées (phase de clarification) pour enfin culminer par une phase de prise de décision formelle. Cette intégration des informations serait facilitée par la présence d'un tiers médiateur. Le tableau 15.5 résume les moments clés du déroulement d'une médiation familiale tel que l'observation empirique de 71 séances nous le laisse entrevoir.

TABLEAU 15.5
Modèle empirique du processus en médiation familiale selon les phases décisionnelles, les rôles et les habiletés d'intervention (adapté de Côté, 1993)

Phase du processus	Rôles du médiateur	Exemples d'habiletés d'intervention
Orientation	Directivité (ordre du jour et échanges) Proposition d'une méthodologie	Ponctuer les échanges
Clarification	Résonances affectives des enjeux Recadrage des positionnements	Questionner
Prise de décision	Formulation d'une proposition Vérification de l'adhésion	Clore l'entente

A. Les rôles assumés par le médiateur familial

Nous décrirons dans cette dernière section les rôles assumés par le médiateur à chacune des phases du processus d'intégration de l'information. À l'occasion, nous élaborerons sur ce que nous avons pu constater quant à la modulation qu'en fait le médiateur en

fonction du niveau de détresse individuelle ou du type d'interaction auquel il est confronté. En présentant ce modèle intégrateur du processus, notre objectif est de favoriser une pratique d'excellence où le médiateur connaît et fait usage de moyens efficients pour appuyer la conclusion d'une entente négociée.

Au cours de la phase d'orientation des débats, les rôles assumés par le médiateur consistent à aménager un espace de communication responsable. En début de processus, le médiateur encadre et structure l'entrevue. Avec directivité, il prend charge de l'ordre du jour et il propose une méthodologie structurée ou raisonnée (nous préférons le modèle raisonné) pour entamer la démarche. La pratique d'excellence pendant cette phase est l'habileté du médiateur à ponctuer régulièrement la séance par de brefs commentaires d'orientation. Il ressort clairement du profil des interventions du médiateur familial qu'il est celui de la triade qui intervient le plus souvent et le plus régulièrement : il fait transiter l'information par lui, il la résume fréquemment et il fait le point sur ce qui est en train de se passer et sur ce qu'il reste à faire. Le défaut de ponctuation fait en sorte que le cheminement vers une prise de décision peut piétiner. À l'opposé, un excès de ponctuation risque de briser l'alliance envers le médiateur et le processus. Ce comportement du médiateur familial durant les premières séances de médiation valide vraisemblablement l'espoir du couple de trouver grâce à l'accompagnement d'une tierce partie un territoire sain où les discussions peuvent produire des ententes.

Dans la deuxième phase du processus décisionnel, les échanges doivent permettre au couple de préciser leurs façons d'envisager les points en discussion. Pendant cette séquence de clarification des enjeux, le médiateur familial explore les résonances affectives de ces thèmes en plus de recadrer positivement les positionnements rigides. En quoi consiste l'argumentaire de chaque conjoint en regard du thème discuté ? Sur quel besoin ou intérêt repose le point de vue de chacun ? En quels termes plus neutres traduire des propos présentés comme définitifs et irréductibles ? Nous avons observé que le médiateur pratique alors intensivement l'art de l'interrogation. Pour faire dire à chacun le fond de sa pensée, le médiateur peut incidemment demander de fournir un exemple, de définir un terme, de faire expliquer une nuance ou de faire distinguer un aspect d'un autre (p. ex., « Croyez-vous nécessaire d'obtenir une autre évaluation par quelqu'un qui soit extérieur à vous deux ? Vous semblez convaincu que l'enfant serait instable s'il n'est pas toujours dans le même environnement, dans ses affaires à lui. Pouvez-vous nommer quel serait le besoin de votre enfant à cet égard ? Quel serait votre besoin à vous dans ce contexte ? ») Si, à cette étape, les conjoints s'affrontent, se lancent des attributions et s'interrompent fréquemment, le médiateur intervient sur un ton pédagogique en ramenant les postulats méthodologiques du modèle de négociation et en invitant les conjoints à rechercher un terrain commun. Il n'appartient pas au médiateur de s'interposer, d'évoquer des arguments, d'évaluer le réalisme des scénarios discutés, ni de confronter l'attitude inappropriée de négociation. Ce dernier s'assure de conserver une position neutre et impartiale et s'abstient de prendre part au contenu de la discussion.

La troisième et dernière phase du processus décisionnel consiste à aider concrètement le couple à conclure la prise de décision et à rallier les deux partenaires dans la mise en œuvre de l'entente retenue. Dans l'étape précédente de clarification, les conjoints ont pu échanger suffisamment et prendre la mesure de quelques scénarios de réorganisation. En fin de parcours, le médiateur pousse vers un règlement négocié, en incitant la formulation de compromis et en mettant l'accent sur des façons communes de répondre aux besoins de la famille. Notez toutefois que le médiateur ne prend pas sur lui de négocier, mais qu'il encourage la recherche de compromis. Cette phase finale examine l'adéquation de la proposition retenue aux besoins et intérêts exprimés précédemment. Ici, la pratique d'excellence est d'aider à conclure l'entente en cherchant à obtenir de la part de chacun des conjoints une adhésion explicite à l'accord intervenu. Faire formuler la compréhension qu'a chacun de l'option retenue sert à souder l'engagement envers cette solution et augmente la probabilité qu'elle sera appliquée de façon conforme.

CONCLUSION : RÉUSSIR SA SÉPARATION

Nous avons brièvement survolé un champ de pratique professionnelle en émergence, aux confins du droit et des sciences sociales. Récemment, diverses modifications législatives ont même été proposées pour utiliser la méthode de la médiation dans le traitement des affaires disciplinaires, des dossiers de *Protection de la jeunesse* ou même dans la négociation des manquements au code de vie dans les écoles primaires. Pour les intervenants psychosociaux qui œuvrent auprès de couples ou de familles, la médiation familiale est un domaine de perfectionnement stimulant pour qui peut s'accommoder d'un contexte chargé et conflictuel. Le leitmotiv de la médiation familiale est de favoriser la coopération et la collaboration entre parents et de responsabiliser les adultes comme parents d'enfants. Concrètement, cela se traduit pour l'enfant par la possibilité d'accéder à ses deux parents sur une base régulière. La négociation de frontières claires, mais perméables entre les deux maisonnées assure la viabilité d'une famille binucléaire et la réduction des tensions. Pour l'essentiel, cela signifie que les deux parents sont à la fois autonomes dans leur territoire personnel exclusif et complices dans leur façon de répondre aux besoins de leurs enfants. Accompagner des familles dans cette période de transition suppose que plusieurs dimensions psychosociales ont été abordées. Parmi les dilemmes à intégrer, il y a la perte affective, l'échec d'un idéal de famille, la réduction des contacts aux enfants de même que les questionnements existentiels (dont l'insécurité devant l'inconnu) : « Cette nouvelle vie sera-t-elle finalement mieux ? Tous ces changements répondront-ils à ce que j'espère ? » Trois fois sur quatre, la démarche de médiation facilite la transition vers une famille qui présentera une autre composition. Même si environ 25 % des cas ne se terminent pas par une entente, il ne faut pas sous-estimer la valeur intrinsèque du processus assisté par un tiers pour instiller les ingrédients de base d'une collaboration parentale saine ou pour réduire les messages nuisibles aux enfants. Tout au long du processus, sans mettre à risque sa position de

neutralité, le médiateur familial informe et fait la promotion des attitudes facilitant l'adaptation des enfants et la transition de la famille. La recherche de nouvelles façons de divorcer ne relève pas d'une vision utopique de l'esprit, mais bien d'un laboratoire contemporain d'expérimentations de nouvelles formes d'organisation familiale. Se séparer autrement que dans une cour de justice implique un important changement des mentalités. Et cela s'avère une entreprise de longue haleine.

ANNEXE
Formulaire de consentement à la médiation familiale

Nous, soussignés, comprenons que la médiation a pour but de permettre à des conjoints qui ont pris la décision de ne plus faire vie commune de négocier face à face en vue de prendre entente sur les divers aspects de leur séparation, à savoir l'exercice de l'autorité parentale, la résidence habituelle des enfants, le partage du temps de vie entre les parents (accès), la contribution financière, le partage des biens familiaux et le règlement du régime matrimonial.

Nous consentons à soumettre à la médiation familiale les enjeux suivants :

❑ médiation globale

❑ médiation partielle (spécifier l'objet) _____

Nous adhérons aux règles suivantes qui visent à permettre un déroulement équitable et efficace de nos rencontres de médiation ; à défaut par une partie de les respecter, l'un de nous trois peut mettre fin à la médiation, en tout temps.

Nous acceptons que la discussion se fasse dans un climat de coopération où chacun de nous respectera l'autre et travaillera à trouver des solutions acceptables pour tous et qui ne seront pas élaborées au détriment de l'autre ; pour être applicable et viable, toute entente doit satisfaire minimalement chacun des membres de la famille.

Nous consentons à ce que les procédures judiciaires entreprises à ce jour soient suspendues et à ce qu'aucune nouvelle procédure ne soit entreprise pendant la durée de la médiation.

Nous nous engageons à divulguer toutes les informations financières concernant la famille de façon à entamer des négociations de bonne foi concernant particulièrement la contribution financière nécessaire pour répondre aux besoins des personnes à charge et la division des biens.

Nous comprenons que les discussions sur la façon de maintenir et de développer nos rôles de parent auprès des enfants doivent avoir pour objectif le meilleur intérêt des enfants.

Nous acceptons que le médiateur ne puisse être appelé par aucun de nous à témoigner en Cour pour toutes les procédures de requête devant le tribunal. Le médiateur ne pourra servir non plus d'arbitre entre nous en cas d'impasse.

Nous consentons à ce que le médiateur transmette ou obtienne des informations tirées de notre dossier à d'autres professionnels ou institutions, pour tout objet en lien direct avec la médiation.

Le contenu de nos rencontres, des entrevues et des dossiers sera confidentiel et ne pourra en aucun moment faire l'objet de preuve devant un tribunal. Il s'agit d'un processus de médiation fermé.

Nous sommes informés que le projet des ententes préparé à la fin de la médiation ne constitue ni un document légal, ni une entente exécutoire de divorce. Nous sommes informés également que la signature du projet des ententes produit des effets juridiques et qu'il est préférable d'obtenir préalablement un avis juridique indépendant.

Le médiateur déclare avoir fait état de la relation suivante, antérieure ou actuelle, aux deux parties.

Après discussion, nous acceptons en toute connaissance de cause de confirmer le mandat du médiateur.

Le tarif horaire prescrit par le *Règlement sur la médiation familiale* est de 95 $ par séance de médiation, d'une durée de 75 minutes, pour un maximum de six rencontres (trois, dans le cas d'une révision). Toute séance excédentaire sera assumée par les parties au même tarif selon le principe de partage suivant. Tout travail effectué hors la présence des parties (par exemple, téléphones, consultations, rédaction du projet des ententes) est comptabilisé selon le même tarif.

Nous acceptons la médiation en accord avec ce qui précède. En foi de quoi, nous avons

signé à _____ ce _____ 20_____

_____ _____

Madame Monsieur

_____

Médiateur familial

RÉFÉRENCES

Alary, J. *et al.* (1999). *Familles en transformation : récits de pratique en santé mentale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur.

Brinberg, D. et Jaccard, J. (1989). *Dyadic Decision Making*, New York, Springer-Verlag.

Cloutier, R., Filion, L. et Harry T. (2001). *Quand les parents se séparent… Pour mieux vivre la crise et aider son enfant,* Montréal, Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Côté, G. (1993). *Observation du processus en médiation familiale en fonction du niveau de perturbation conjugale,* thèse de doctorat inédite, Montréal, Université de Montréal.

Cyr, F. et Simard, T. (1988). « Effets immédiats et à long terme de la séparation parentale sur les enfants », *Revue québécoise de psychologie, 9*(3), p. 10-26.

Cyr, F. et Simard, T. (1999). « Pour aider les enfants de parents séparés : une approche de groupe », dans J. Alary *et al.* (dir.), *Familles en transformation : récits de pratique en santé mentale,* Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, p. 19-42.

Forest, M. (1992). « La différenciation des affects : une nouvelle approche de la crise de rupture », *Revue québécoise de psychologie, 13*(2), p. 119-146.

Gaundry, S.A. (1998). *La médiation familiale au Canada : ses implications pour l'égalité des femmes,* Ottawa, Condition féminine Canada.

Haynes, J.M. et Haynes, G.L. (1989). *Mediating Divorce : Casebook of Strategies for Successful Family Negotiations,* San Francisco, Jossey-Bass.

Irving, H.H. et Benjamin, M. (1987). *Family Mediation : Theory and Practice of Dispute Resolution*, Toronto, Carswell.

Kelly, J.B. (1996). « A decade of divorce mediation research : Some answers and questions », *Family and Conciliation Courts Review, 34*(3), p. 373-385.

Kressel, K., Pruitt, D.G. *et al.* (1989). *Mediation Research : The Process and Effectiveness of Third-party Intervention,* San Francisco, Jossey-Bass.

Lambert, D. et Bérubé, L. (2000). *La médiation familiale : Étape par étape,* Farnham, Publications CCH.

Laroche, D. (2003). *La violence conjugale envers les hommes et les femmes, au Québec et au Canada, 1999,* Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

Laurent-Boyer, L. (1992). *La médiation familiale (collectif multidisciplinaire),* Cowansville, Y. Blais Éditeur.

Lévesque, J. (1998). *Méthodologie de la médiation familiale,* Saint-Hyacinthe, Edisem.

Marino, G. et Fortier, F. (1991). *La nouvelle famille,* Montréal, Stanké Parcours.

Marino, G. et Fortier, F. (2002). *Les familles recomposées*, conférence prononcée à la Clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright, Côté, Longueuil, février.

Martin, R. (1985). *Les enfants … divorcent-ils ?* (vidéocassette 36 min.), Montréal, Hôpital Rivière des Prairies, Centre de communication en santé mentale.

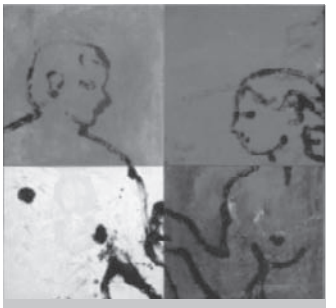
McKenzie, B. et Bacon, B. (2000). *Parent Information and Education Programs after Separation : A Comparative Study of Best Practices,* conférence prononcée au Colloque annuel de *Family Mediation Canada*, Hull, octobre.

Moore, C.W. (1986). *The Mediation Process : Practical Strategies for Resolving Conflict,* San Francisco, Jossey-Bass.

Tessier, R. (1993). *Vivre à deux aujourd'hui,* Montréal, Éditions Le Jour.

Wallerstein, J.S. et Kelly, J. (1980). *Surviving the Breakup : How Children and Parents Cope with Divorce*, New York, Basic Books.

Walsh, F., Jacob, L. et Simons, V. (1995). « Facilitating healthy divorce processes : Therapy and mediation approaches », dans N.S. Jacobson et A.S. Gurman (dir.), *Clinical Handbook of Couple Therapy,* New York, Guilford, p. 340-365.



CHAPITRE

16

LA PSYCHOTHÉRAPIE DE COUPLE EN SITUATION D'AGRESSION SEXUELLE INTRAFAMILIALE
Indications, paramètres et limites

Alain Perron, Yvan Lussier, John Wright, Tamye Robert, Stéphane Sabourin et Jean-Pierre Paradis

L'objectif du présent chapitre est de démontrer que chez les familles qui vivent une crise importante à la suite de la divulgation d'une agression sexuelle commise par le père ou le beau-père (p. ex., éclatement du couple, loyauté, ambivalence, condamnation ou vengeance de la part du partenaire non agresseur, placement des enfants en famille d'accueil ou exclusion du père de la famille, etc.), la psychothérapie de couple constitue un ingrédient indispensable d'un programme multimodal d'intervention visant la réduction des séquelles de ce traumatisme et la prévention de la récidive.

Le chapitre est structuré en quatre sections principales. La première section traite du contexte général de l'agression sexuelle sous divers angles : considérations théoriques, définition, épidémiologie et séquelles à court, moyen et long termes des traumatismes sexuels (pour une recension complète de la documentation, voir Putnam, 2003 ; Wright, Lussier, Sabourin et Perron, 1999). La deuxième section constitue une brève recension des recherches menées pour établir divers profils typologiques des familles où l'agression sexuelle se produit. La troisième section porte sur la description d'un programme d'évaluation et d'intervention multimodal de ces situations. Ce programme original est appliqué au Québec depuis plus d'une vingtaine d'années au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Aux interventions de groupe pour chacun des partenaires du couple se greffe un module d'intervention auprès du couple. Celui-ci y joue un rôle significatif qui, au fil des ans, a été recalibré à maintes reprises à la suite d'évaluations de programme rigoureuses. L'approche développée se fonde sur une conception élargie des psychothérapies cognitive-comportementale et systémique du couple. Nous faisons ressortir les principaux paramètres à respecter pour en maximiser l'utilité et l'efficacité. Le chapitre s'achève par la présentation de deux études de cas détaillées illustrant les mérites du protocole thérapeutique.

1. CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'AGRESSION SEXUELLE

En premier lieu, pour bien saisir les enjeux entourant l'intervention en matière d'agression sexuelle qui sera exposée dans ce chapitre, il nous paraît important de formuler certaines considérations théoriques à propos de notre conceptualisation de cette problématique. Ensuite, après avoir défini la notion générale d'agression sexuelle et celle, plus spécifique, de sévices sexuels intrafamiliaux de type incestueux, nous montrerons la prévalence de ces agressions d'un point de vue épidémiologique. Les séquelles de ces situations seront par la suite examinées.

1.1. Considérations théoriques

Dans le contexte d'intervention en d'agression sexuelle dans les Centres jeunesse, l'agresseur représente le patient identifié et il le demeure tout au long du processus d'intervention individuel, conjugal et familial. Ce paramètre thérapeutique va à l'encontre de plusieurs approches de psychothérapie de couple qui cherchent, dès le départ, à dissoudre la notion de patient identifié pour recentrer les priorités de l'analyse clinique sur les règles systémiques d'interaction au sein du couple et de la famille. Dans le cas présent, l'adoption d'une telle perspective de causalité circulaire et réciproque, qui a été proposée sans grands résultats par d'autres, conduirait à la construction d'une représentation tronquée et erronée de l'inceste et de l'agression sexuelle. Tout comme en violence conjugale, il n'est pas question de disculper l'agresseur ou de fournir un cadre interprétatif où la responsabilité de l'inceste serait, même partiellement, imputée à un mode d'organisation familial dysfonctionnel (voir le chapitre 9 sur la violence conjugale).

Les origines de l'agression sexuelle d'un enfant de sa propre famille s'inscrivent, à notre avis, dans un faisceau de variables causales strictement individuelles. L'agir déviant représente le résultat d'une série d'actes conscients et planifiés, quoi qu'en disent la plupart des agresseurs au début du traitement. L'analyse des mécanismes sociaux de régulation de la sexualité n'est certes pas dépourvue d'intérêt, mais chez cette clientèle, les impératifs de responsabilisation de l'agresseur, la gravité des séquelles associées aux gestes posés et les risques sérieux de récidive militent en faveur d'une vision psychopathologique intrapersonnelle. Cette conception met en relief la présence d'une cooccurrence élevée entre la psychopathie et la pédophilie de type incestueuse. En fait, nous verrons plus loin que même si le tableau clinique des pères incestueux et agresseurs sexuels montre une hétérogénéité clinique substantielle, la plupart de ces individus appartiennent à une sous-classe spécialisée de troubles psychopathiques. La propension psychopathique se révèle par la mise en acte de comportements de domination, d'utilisation et de prédation d'un enfant de la famille afin de soutenir, par le biais d'activités sexuelles perverses, une image de soi fortement imprégnée de narcissisme (Dorr, 1998). Les droits et besoins de l'agresseur sont plus importants que ceux de l'enfant, sa relation à l'enfant est unique et il s'attribue parfois des fonctions d'éducateur sexuel avant-gardiste.

Comment justifier la pertinence de la psychothérapie de couple chez ces familles ? Tout d'abord, en reconnaissant que, malgré l'application de mesures sociales parfois contraignantes (incarcération de l'agresseur, placement prolongé des enfants, visites supervisées), le dévoilement de l'agression sexuelle ne mène à l'éclatement définitif des unions que dans 60 % à 70 % des cas. Ensuite, ce n'est que lorsque la conjointe saisit que l'agression commise par le père ou le beau-père n'est pas qu'un « accident de parcours fortuit », mais qu'elle résulte d'une planification, qu'elle est en mesure de véritablement protéger ses enfants. La psychothérapie de couple constitue alors une modalité d'intervention privilégiée où le professionnel démontre méthodiquement, en présence de la conjointe et avec la coopération de l'agresseur, les stratégies cognitives et comportementales délibérément mises en œuvre pour organiser le crime sexuel : duperie, égocentrisme, irresponsabilité, manipulation, promesses, hostilité, menaces, coercition. Cet effort aide la conjointe à sortir de sa confusion, de sa torpeur et de sa dépendance. Chez une minorité de ces conjointes, la psychothérapie de couple les confronte à leurs propres attitudes malveillantes, manipulatrices et impulsives. Enfin, l'examen du potentiel de réorganisation de la vie sexuelle des conjoints passe aussi nécessairement par une démarche commune où les progrès et les échecs font l'objet d'un monitorat étroit.

Au moment d'amorcer la discussion, et compte tenu du caractère délicat de la thématique et de la gravité de la problématique, il nous semble indispensable de réitérer qu'en situation d'agression sexuelle, la psychothérapie de couple, prise indépendamment, ne peut constituer une solution clinique adéquate. Le traitement de ces couples s'inscrit dans le cadre d'une série d'interventions structurées individuelles et de groupe, accompagnées de mesures légales soutenues par la *Loi sur la protection de la*

jeunesse et le *Code criminel*. Au surplus, il n'est pas inutile de rappeler que les diverses modalités thérapeutiques décrites dans le présent chapitre visent principalement la rectification de conduites sexuelles déviantes posées par des hommes ayant agressé sexuellement d'un ou de leurs enfants. La normalisation de la relation intime avec la conjointe actuelle ou éventuellement avec un autre adulte représente, dans ce contexte, une démarche parmi d'autres de rétablissement, de protection des enfants et de prévention de la récidive.

1.2. L'agression sexuelle d'un de ses enfants : un phénomène social préoccupant

À l'aube du troisième millénaire, les débats publics en matière d'agression sexuelle des enfants risquent de prendre un nouveau tournant paradoxal. D'une part, le sort des enfants victimes d'agression sexuelle et de leur famille aura été à l'origine d'une forte mobilisation de ressources sociales au sein de multiples arènes institutionnelles : associatives (parents, victimes), médiatiques (presse écrite ou télévisuelle), juridiques, scientifiques et thérapeutiques (Putnam, 2003 ; Freyd *et al.*, 2005). Initialement sur le plan de la recherche scientifique, la problématique de l'agression sexuelle n'était pas distinguée de celle de la maltraitance et elles étaient abordées de façon parallèle. Ce n'est que depuis trente ans qu'une documentation distincte et spécialisée en agression sexuelle s'est développée.

D'autre part, en dépit d'initiatives récentes uniques (p. ex., la mise sur pied au Québec du centre d'expertise en agression sexuelle Marie-Vincent[1]), et bien que les problèmes d'agression sexuelle persistent, la mobilisation cède le pas à une certaine désaffection. Plusieurs spécialistes soutiennent qu'après avoir dominé le champ des problèmes sociaux depuis maintenant 20 ans, soit de 1980 à 2000, les sévices sexuels subis par les enfants doivent laisser la place à d'autres formes de victimisation des enfants plus répandues telles la négligence et la violence physique (Chaffin, 2006 ; Jones, Finkelhor et Halter, 2006 ; Toth et Cicchetti, 2006). Afin d'éviter de contribuer à un nouvel enfouissement d'un problème majeur de santé publique, il importe de démontrer comment l'agression sexuelle d'un des enfants de sa propre famille constitue encore un phénomène clinique préoccupant. La création d'un climat de compétition entre différents problèmes sociaux apparaît contre-productive pour plusieurs raisons qui seront exposées.

Sur le plan social, au cours des dernières années, la population nord-américaine est devenue plus conscientisée par la problématique de la maltraitance et plus spécifiquement par celle de l'agression sexuelle à l'égard des enfants. Les médias, que ce soit la télévision, la radio et les journaux dénoncent plus facilement les cas d'agression sexuelle.

1. Il est possible de rejoindre la Fondation Marie-Vincent à l'adresse Internet suivante : <www.marie-vincent.org>.

1.3. Définition

Le *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse* (Groupe de travail sur la révision du Manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse, 1998) définit l'agression sexuelle comme suit : « Geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'agresseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle […] Les abus sexuels comprennent essentiellement des gestes d'ordre sexuel qui sont inappropriés puisqu'ils sont imposés à un enfant qui ne possède ni l'âge, ni le développement affectif, ni la maturité, ni les connaissances nécessaires pour réagir adéquatement à de tels gestes. »

Dans cette définition, la notion de « geste posé » peut consister en un toucher corporel, une exposition ou d'autres utilisations de l'enfant à des fins sexuelles. Depuis 1983, le *Code criminel*, de compétence fédérale, intègre les agressions sexuelles au chapitre des infractions contre la personne parmi les dispositions sanctionnant les voies de fait. Elles comportent trois degrés de gravité, soit l'agression sexuelle « simple », l'agression sexuelle « armée » et l'agression sexuelle « grave », qui varient selon les circonstances de l'infraction et la nature de la violence exercée. D'autres dispositions répondent aux besoins particuliers de protection des enfants, des adolescents et adolescentes et des personnes présentant un handicap. Elles visent à contrer l'exploitation sexuelle et prohibent les contacts sexuels avec les enfants de moins de 14 ans et l'exploitation sexuelle des jeunes âgés entre 14 et 18 ans par des personnes ayant une relation d'autorité ou de confiance avec eux, ainsi que l'exploitation sexuelle de personnes présentant une déficience mentale ou physique. De plus, le *Code criminel* contient une disposition à caractère préventif permettant d'obtenir une ordonnance qui interdit à une personne de se trouver en présence d'enfants de moins de 14 ans lorsqu'on craint que cette personne puisse commettre des infractions à caractère sexuel à l'égard d'un ou de plusieurs enfants. Quant au gouvernement du Québec, il propose la définition suivante de l'agression sexuelle :

> Une agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par la manipulation affective ou par chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (Gouvernement du Québec, 2001, p. 22).

Cette définition s'avère pertinente puisqu'elle fait état des gestes commis par l'agresseur, de la position d'autorité et des moyens de persuasion qui font partie intégrante du processus de l'abus. Cette définition comprend aussi des gestes, tels l'exhibitionnisme, le voyeurisme et d'autres types de sollicitations verbales car il s'agit de comportements sexuels inadéquats qui peuvent provoquer des séquelles importantes chez les enfants. Ainsi, ces situations placent l'enfant devant un risque ou un danger pouvant compromettre sa sécurité et son développement physique et psychologique.

Le lien entre l'agresseur et la victime est aussi essentiel à considérer, car cela peut déclencher une symptomatologie et des réactions différentes tant chez les victimes que dans leur famille. Maddock et Larson (1995) précisent que les agressions sexuelles sont considérées comme incestueuses lorsqu'elles se produisent entre deux membres d'une même famille, c'est-à-dire lorsqu'il y a un lien de consanguinité. L'agression sexuelle est intrafamiliale lorsqu'elle se produit à l'intérieur d'une même famille ou d'une famille reconstituée. L'agression sexuelle extrafamiliale est celle où il n'y a aucun lien de parenté ou de prise en charge entre l'agresseur et la victime.

1.4. Prévalence

L'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé *et al.,* 2001) démontre que les agressions sexuelles constituent 10 % de l'ensemble des enquêtes. Les taux d'incidence des agressions sexuelles subies dans l'enfance sont très variables, allant de 6 % à 62 % pour les femmes et de 3 % à 31 % pour les hommes (Douglas et Finkelhor, 2005). Selon les études les plus rigoureuses, environ une femme sur cinq et un homme sur dix ont été agressés sexuellement avant d'atteindre l'âge de la majorité (Putnam, 2003 ; Freyd *et al.,* 2005 ; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi et Lozano-Ascencio, 2002).

Au Québec, environ 1 500 cas d'agressions sexuelles sont signalés annuellement à la Direction de la protection de la jeunesse, dont environ la moitié sont retenus et pris en charge par les Centres jeunesse (Tourigny, Daigneault, Hébert et Wright, 2005). Au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, près de 1 543 signalements en agressions sexuelles ont été émis entre la période du 1er avril 2002 au 31 mars 2005. Près de la moitié d'entre eux ont été retenus (Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2005). Les agresseurs sexuels reconnus par la *Loi sur la protection de la jeunesse* sont pris en charge soit légalement en vertu de mesures judiciaires (49 %), soit selon des ententes sur mesures volontaires (51 %). Plusieurs spécialistes précisent que même si au cours de la dernière décade les statistiques officielles témoignent d'une baisse significative des taux d'agression sexuelle envers les enfants (Finkelhor et Jones, 2006 ; Jones *et al.,* 2006), près de 90 % des situations de ces sévices sexuels ne sont pas signalées aux autorités compétentes (Freyd *et al.,* 2005).

En soi, ces chiffres sont inquiétants et ils justifient une réflexion clinique et sociale soutenue. L'expérience professionnelle et la recherche enseignent toutefois que les traumatismes sexuels chez l'enfant ne se produisent pas en vase clos. L'évaluation de ces familles doit donc tenir compte des constats suivants.

1. En matière de maltraitance des enfants, la polyvictimisation constitue la norme plus que l'exception (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007a, 2007b). En fait, ce sont plus des deux tiers des enfants victimisés au cours d'une même année qui rapportent plus d'un incident. De plus, près de 20 % des enfants victimes de maltraitance au cours d'une année vont subir quatre incidents de maltraitance ou plus.
2. La polyvictimisation semble un phénomène particulièrement répandu chez les enfants victimes d'agression sexuelle (Finkelhor *et al.*, 2007a, 2007b). Plus de 90 % de ceux-ci rapportent au moins un autre incident de victimisation au cours de la même année : assaut physique, intimidation, témoin de violence, vol d'objets personnels, etc. Au surplus, 73 % des enfants victimes d'agression sexuelle ont vécu quatre incidents ou plus de victimisation au cours de la même année (M = 6 incidents).
3. La polyvictimisation franche (quatre incidents ou plus) au cours d'une même année est associée à une élévation cliniquement significative des symptômes traumatiques vécus par l'enfant.
4. Même chez des enfants polytraumatisés, l'agression sexuelle constitue un facteur prévisionnel unique de la persistance des symptômes traumatiques (Finkelhor, 2007a). Son influence semble donc, jusqu'à un certain point, indépendante de celle des autres formes de victimisation prises dans leur ensemble. En somme, l'agression sexuelle représente donc un traumatisme particulièrement puissant et peut-être une porte d'entrée à d'autres expériences de victimisation.

1.5. Séquelles à court, moyen et long termes des traumatismes sexuels

Les séquelles découlant des agressions sexuelles ont bien été documentées. Nous avons fait ressortir dans un autre ouvrage (Wright *et al.*, 1999) que plusieurs types de perturbations sont observés beaucoup plus fréquemment chez les enfants victimes d'agression sexuelle que chez les enfants normaux. Chaque enfant ne présente pas le même type, ni la même intensité de perturbation : le pourcentage de victimes affichant un symptôme particulier ne dépasse pas les 40 %, exception faite du syndrome posttraumatique généralisé, où le pourcentage se situe à 53 %. Autrement, le pourcentage de victimes souffrant d'un symptôme spécifique varie de 20 % à 30 % (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993 ; Freyd *et al.*, 2005). Certains auteurs postulent que plus de 25 types de perturbation peuvent être observés chez les victimes d'agression sexuelle (Kendall-Tackett *et al.*, 1993 ; Putnam, 2003). Toutefois, il apparaît possible de regrouper ces

perturbations sous sept rubriques principales : l'état de stress posttraumatique, les comportements sexuels inappropriés, les distorsions cognitives, la détresse émotive, la compromission du développement de l'identité, l'évitement, les difficultés interpersonnelles.

Les recherches démontrent indéniablement qu'il existe des variations de la perturbation en fonction de l'âge de la victime. Chez les enfants d'âge préscolaire, l'anxiété, les cauchemars, le trouble posttraumatique, l'internalisation, l'externalisation et les comportements sexuels inappropriés constituent les symptômes les plus fréquemment observés. En ce qui a trait aux enfants d'âge scolaire, les symptômes les plus communs sont la peur, l'agressivité, les cauchemars, les troubles scolaires, l'hyperactivité et les comportements régressifs. Enfin, chez les adolescents, les principaux symptômes sont la dépression, le retrait, les idées suicidaires, les comportements autodestructeurs, les troubles somatiques, les actes délictueux, la fugue et la toxicomanie. La dépression et les problèmes d'apprentissage semblent présents chez les trois groupes de victimes.

Dix études longitudinales ont fait un suivi auprès des victimes d'agression sexuelle au moins une année après la dénonciation. Il semble que les symptômes initiaux d'entre 40 et 55 % des victimes diminuent d'intensité avec le temps. Cependant, l'état psychologique de 10 à 24 % des victimes se détériore (Freyd *et al.,* 2005 ; Kendall-Tackett *et al.,* 1993 ; Putnam, 2003). Certaines études indiquent que les symptômes reliés à l'externalisation (Mannarino, Cohen et Moore-Motily, 1991) et à la sexualité anormale (Friedrich *et al.,* 1988 ; Noll, Trickett et Putnam, 2000) sont les plus susceptibles de se détériorer. Plusieurs de ces séquelles persistent sous une forme ou une autre à l'âge adulte (Godbout, Lussier et Sabourin, 2006 ; Kallstron-Fuqua, Weston et Marshall, 2004 ; Sachs-Ericsson, Blazer, Plant et Arnow, 2005 ; Stovall-McClough et Cloitre, 2006). Ces recherches font aussi ressortir, chez les femmes, de sérieux ennuis de santé physique (Sachs-Ericsson *et al.,* 2005), des risques élevés de subir de la violence physique ou sexuelle (Noll, 2005) ainsi qu'une plus forte probabilité, chez les hommes, de commettre des agressions physiques ou sexuelles (Loh et Gidycz, 2007).

2. PROFILS TYPOLOGIQUES

Pour bien saisir les caractéristiques dynamiques des couples de familles où l'homme commet des agressions sexuelles, des recherches ont tenté d'établir un profil psychologique et social des personnes commettant ces agressions sexuelles et de leur conjointe. La compréhension de l'individualité de chacun facilitera la compréhension de la dynamique conjugale.

2.1. Caractéristiques de personnalité des hommes ayant commis une agression sexuelle intrafamiliale

Il semble se dresser un profil à tendance extrême ou dichotomique des hommes ayant commis une agression sexuelle intrafamiliale. Certains auteurs dénotent qu'ils seraient dépendants, irresponsables, immatures, qu'ils vivraient de l'insécurité et qu'ils auraient peu de pouvoir (Furniss, 1987 ; Groth, 1986 ; Leahy, 1991 ; Pauzé et Poirier, 1995 ; Wodarski et Johnson, 1988). Ces hommes se sentiraient impuissants, dépassés et vulnérables (Groth, 1986). Ils auraient également une faible estime d'eux-mêmes (Pauzé et Poirier, 1995 ; Wodarski et Johnson, 1988) et ils auraient de la difficulté à se développer une identité distincte des autres, ce qui ferait en sorte qu'ils seraient dépendants envers les autres et influençables (Furniss, 1987). La définition qu'ils ont d'eux-mêmes serait d'ailleurs fragile (Leahy, 1991). Selon Wodarski et Johnson (1988), ces hommes pourraient être confus, perturbés, apeurés et ils se sentiraient coupables.

À un autre pôle, certaines caractéristiques semblent être à l'opposé de celles mentionnées ci-dessus. Des auteurs parlent d'individus qui seraient égocentriques, narcissiques, dominants, contrôlants, autoritaires et jaloux (Crivillé, Deschamps, Fernet et Sittler, 1994 ; Furniss, 1987 ; Kasper et Alford, 1988 ; Leahy, 1991 ; Pauzé et Poirier, 1995 ; Salter, 1988 ; Sgroi, Blick et Porter, 1986 ; Sgroi, 1986 ; Wodarski et Johnson, 1988). Ces hommes seraient colériques, hostiles et pourraient même être agressifs et violents (Crivillé *et al.*, 1994 ; Kasper et Alford, 1988 ; Salter, 1988 ; Wodarski et Johnson, 1988). Ils seraient instables émotionnellement, ce qui provoquerait une augmentation de comportements impulsifs et exutoires (Lang, Langevin, Van Santen, Billinsley et Wright, 1990 ; Salter, 1988 ; Leahy, 1991 ; Wodarski et Johnson, 1988).

Ces études ont contribué au développement de diverses typologies qui illustrent l'hétérogénéité des profils des hommes agresseurs d'enfants. Par contre, ces caractéristiques de personnalité peuvent aussi représenter deux facettes d'un même trouble observé à des moments différents du processus de découverte et d'examen juridique des crimes sexuels commis.

A. Typologie des agresseurs

Wiliams et Finkelhor (1992) ont tenté d'établir une typologie des pères agresseurs. À partir d'une étude des caractéristiques de 118 pères qui ont agressé sexuellement leur filles, les auteurs ont été en mesure d'identifier cinq catégories d'agresseurs qui évoluent sur le continuum de la psychopathie. Leur typologie englobe celles d'autres auteurs comme Groth (1979 ; Groth, Hobson et Gary, 1982) qui ont identifié trois types d'agresseurs : les délinquants obsessionnels (fixation ou attirance primitive et exclusive à l'endroit des enfants comme celle des pédophiles), les délinquants régressifs (attirance sexuelle pour un enfant qui est une forme de régression résultant d'une détérioration progressive

ou soudaine des relations affectives significatives ou satisfaisantes) et un croisement entre ces deux catégories. Également, elle rejoint en partie la typologie de Knight, Carter et Prentky (1989), même si celle-ci exclut au départ les agresseurs sexuels incestueux.

1. D'abord, les hommes dépendants émotionnellement représentent 10 % de l'échantillon. Ces hommes se sentiraient dévalorisés et rechercheraient davantage une relation d'intimité plutôt qu'une satisfaction sexuelle.
2. Les hommes attirés par leur fille devenant pubère constituent un peu plus de 33 % de l'échantillon. Lorsque leurs filles deviennent pubères, ces hommes commenceraient à avoir des désirs sexuels pour elles. Avant de passer à l'acte, ces hommes pourraient passer quelques années à se masturber en ayant des fantaisies sexuelles mettant en scène des rapports sexuels avec leurs filles. Souvent, la consommation d'alcool précède le passage à l'acte.
3. Les hommes préoccupés par la sexualité représenteraient 26 % de l'échantillon. Ils auraient un intérêt sexuel conscient et souvent obsessionnel à l'égard de leur jeune fille. Les auteurs dénotent que, dans leur enfance, plusieurs d'entre eux ont subi des agressions sexuelles par un membre de leur famille.
4. Les hommes utilisant leur fille comme objet substitutif constituent 20 % de l'échantillon. Ils ne seraient pas attirés sexuellement par leur fille, mais ils l'utiliseraient comme un objet de remplacement. Ils abuseraient sexuellement de leur fille de façon épisodique et il n'y aurait pas nécessairement de pénétration. Ces hommes seraient capables de ressentir une certaine culpabilité.
5. Enfin, les hommes qui expriment leur colère constituent 10 % de l'échantillon. Ils auraient souvent un passé criminel et leurs agressions sexuelles seraient fréquemment accompagnées de violence. La rage les pousserait à agresser sexuellement leur fille.

2.2. Caractéristiques de personnalité des conjointes d'hommes ayant commis une agression sexuelle intrafamiliale

Après avoir établi que le tableau clinique de l'agresseur sexuel de type incestueux est dominé par la psychopathie, s'exprimant sous des formes diverses, il est maintenant nécessaire de déterminer s'il existe des caractéristiques de personnalité singulières aux conjointes de ces hommes. Au fil des ans, cet examen, rendu difficile par la rareté des recherches, s'est progressivement articulé selon trois pôles qui correspondent à trois générations d'études distinctes.

Premièrement, surtout jusqu'au milieu des années 1960, la recherche clinique, fondée principalement sur des études de cas, fait ressortir un ensemble de traits négatifs présentant ces mères sous l'angle de la complicité silencieuse : hostiles, impuissantes, collusoires, soumises, dépendantes, masochistes, immatures, ambivalentes, passives, incompétentes sur le plan parental et isolées socialement, fusionnelles et ayant une faible estime d'elles-mêmes. Ces recherches sont d'inspiration psychanalytique, systé-

mique ou mixte (Lustig, Dresser, Spellman et Murray, 1966 ; Zuelzer et Reposa, 1983). À cette époque, les chercheurs font porter une partie du blâme de l'inceste ou de l'agression sexuelle sur ces mères qui auraient poussé, consciemment ou inconsciemment, leur fille vers des rapports sexuels avec le père ou le beau-père.

Deuxièmement, après avoir critiqué cette argumentation culpabilisante fondée sur des données fragmentaires, les chercheurs d'orientation féministe (Herman, 1981) recadrent la réflexion et proposent l'analyse des formes multiples de violence familiale dont sont aussi victimes ces mères : violence physique, psychologique et sexuelle. Le discours scientifique s'éloigne alors des théories causales circulaires familiales pour se recentrer : *a)* sur les conséquences psychologiques de l'agression sexuelle ; *b)* sur la toxicité de ces environnements familiaux créée par ces pères et beaux-pères agresseurs ; *c)* sur le climat d'oppression sociale soutenant l'enfouissement systématique de ces problématiques, renforcé par la dépendance économique des femmes. Cette réflexion culmine, au début des années 1990, par la publication d'études empiriques visant à mieux documenter les réactions de la mère face au dévoilement de l'agression sexuelle (Everson, Hunter, Runyan, Edelsohn et Coulter, 1989). Le portrait des mères qui se dégage de ces études met en relief trois constats majeurs.

- Ces mères, après la divulgation de l'agression, éprouvent à court et moyen termes des symptômes préoccupants de détresse psychologique qui s'apparentent à ceux qu'on observe en situation de stress posttraumatique (Cyr, McDuff et Wright, 1999 ; Deblinger *et al.*, 1993, 1994 ; Friedrich, 1991 ; Newberger, Gremy, Waternaux et Newberger, 1993 ; Runyan *et al.*, 1992). En fait, plus de 50 % de ces mères affichent une symptomatologie clinique significative.
- L'examen du soutien prodigué par ces mères à leur enfant victime d'agression sexuelle montre une prépondérance de réactions protectrices tant sur les plans émotif (régulation des affects négatifs via l'empathie) ou cognitif (reconnaissance de la validité du témoignage de l'enfant) que behavioral (démarche concrète de dénonciation de l'agression, conduites parentales positives) (Cyr, McDuff et Wright, 1999 ; Cyr *et al.*, 2002, 2003 ; Wright *et al.*, 1997). En règle générale, ces mères découvrent avec stupéfaction l'agression sexuelle et elles prennent rapidement le contrôle de la situation. Néanmoins, ces recherches témoignent aussi de l'existence de sous-groupes de mères ambivalentes ou négatives à la suite de la divulgation de l'agression sexuelle de leur enfant. La prévalence de ces réactions ambiguës ou nuisibles varie toutefois d'une étude à l'autre, les estimations oscillant entre 15 % et 50 %.
- Enfin, ces recherches révèlent aussi que ces mères rapportent en grand nombre, les taux variant de 40 % à 60 %, avoir elles-mêmes avoir été victimes de sévices sexuels au cours de leur enfance (voir Cyr *et al.*, 2003, pour une recension de ces écrits). Ces expériences traumatiques limiteraient parfois leur capacité de réagir adéquatement à l'agression sexuelle de leur enfant.

Troisièmement, en prenant appui sur la prévalence élevée d'agressions sexuelles en bas âge chez ces mères, plusieurs chercheurs, depuis le début des années 2000, ont tenté d'expliquer les mécanismes de transmission intergénérationnelle des traumas sexuels de la mère à l'enfant. Bien que ces recherches en soient à leurs premiers balbutiements, et même en tenant compte des phénomènes de résilience, la transmission des mauvais traitements d'une génération à l'autre s'expliquerait par la désorganisation des stratégies d'attachement et de fortes réactions de dissociation chez la victime de mauvais traitements (Bailey, Moran, Pederson et Benton, 2007 ; Ensick et Normandin, à paraître). Cette conclusion repose sur des études soulignant la présence de séquelles à long terme, persistant à l'âge adulte et se manifestant par des conduites d'attachement craintives (dites également « désorganisées »). Ces représentations d'attachement, caractérisés par de hauts niveaux d'anxiété d'abandon et d'évitement de l'intimité, se traduiraient par des comportements maternels marqués autant par l'insensibilité vis-à-vis l'enfant que par la crainte de la mère face à celui-ci ou par l'induction de frayeur chez ce dernier. En conséquence, la mère qui n'aurait pas résolu les traumatismes dont elle a elle-même été victime en bas âge adopterait des comportements interactionnels désorganisés qui provoqueraient chez l'enfant l'activation chronique de conflits du type approche/évitement. Ces mères seraient incapables de procurer un sentiment de sécurité à l'enfant, de réduire ses peurs et de le protéger de situations dangereuses et traumatiques.

Évidemment, les résultats provisoires de cette dernière génération de recherches ne sont pas sans soulever d'importants débats. Ne cherche-t-on pas à réintroduire une vision des relations causales où la mère joue elle aussi un rôle clé dans l'agression sexuelle de son enfant ? Il faudra suivre l'évolution de ces travaux de près pour répondre à cette question. En définitive, en dépit de la rareté des recherches d'envergure, ce bref survol des caractéristiques de la mère met en relief une multiplicité et une hétérogénéité des profils typologiques à valider.

- Le premier profil, probablement le plus important, se compose de mères dont les compétences parentales sont élevées et qui, dès la divulgation de l'agression sexuelle de l'enfant, mettent en place une série de mesures visant à protéger l'enfant et à restaurer son bien-être. Ces mères n'ont probablement pas elles-mêmes été victimes de mauvais traitement en bas âge. La détresse vécue par ces mères serait transitoire et elles démontreraient clairement leur potentiel à se prendre en charge et à agir efficacement face à la situation. Les séquelles vécues par l'enfant seraient traitées activement, avec de bons résultats. Toutefois, ces mères auraient des parcours de vie ponctués de comportements vécus intensément (p. ex., tendance à l'opposition, recherche d'une différenciation, de sensation, d'originalité ou tendance à aider, sauver ou secourir les autres) et seraient attirées par des conjoints aux prises avec des difficultés personnelles.
- Le deuxième profil se compose de mères ayant elles-mêmes été victimes d'agression sexuelle en bas âge, ayant été soutenues activement par leur mère et chez lesquelles les représentations d'attachement seraient somme toute bien organisées.

D'autres expériences positives d'attachement avec des personnes sécurisantes et significatives auraient aussi contribué à une adaptation relativement stable et fonctionnelle, mais empreinte d'une certaine fragilité. Chez ces mères, l'agression sexuelle de leur enfant engendrerait une grande détresse psychologique résultant, entre autres, d'une réactivation partielle des séquelles qu'elles avaient réussi à contenir. Ces mères, avec un soutien thérapeutique adéquat afin de gérer et résoudre leur propre expérience d'agression, seraient en mesure de protéger leur enfant des situations à risque et elles interviendraient rapidement pour dénoncer l'agression sexuelle de leur enfant et pour réduire les conséquences négatives de l'agression chez leur enfant avec empathie et sensibilité. Elles auraient la capacité de rétablir un attachement sécurisé avec leur enfant.

- Le troisième groupe est formé de mères ayant été victimes d'agression sexuelle en bas âge mais n'ayant pas reçu le soutien nécessaire pour composer avec ces traumatismes. Leurs conduites d'attachement seraient désorganisées, marquées par une alternance rapide de comportements empreints tour à tour de soutien, d'insensibilité, de frayeur et d'hostilité à l'égard de l'enfant. Chez ces mères, les traumas initiaux n'ont tout simplement pas été résolus. Leur capacité de protéger l'enfant est au départ déjà réduite (abus d'alcool et de drogues, troubles mentaux graves), l'enfant ayant été fréquemment placé en situation de risque et d'adversité, même avant l'agression. En fait, la cooccurrence des expériences d'agressions sexuelles en bas âge (polyvictimisation), des représentations négatives de soi et des autres (découlant d'expériences d'attachement non sécurisantes) ont contribué à la mise en place de mécanismes d'adaptation caractérisés par la dissociation.
- Enfin, il faut signaler la présence d'un très petit groupe de mères où la psychopathie et la marginalité (provenant d'une multitude d'expériences passées entrecroisées et dysfonctionnelles) joue un rôle significatif et qui sont des collaboratrices actives lors des agressions sexuelles : scénarios pervers, exploitation à des fins de pornographie, haine de l'enfant.

2.3. Caractéristiques et dynamique des couples

Puisque la problématique de l'agression sexuelle est étudiée que depuis quelques années, il paraît important de jeter un regard attentif sur le fonctionnement de ces couples et leurs composantes afin de mieux comprendre le processus de l'agression sexuelle intrafamiliale. Nous avons regroupé les informations en cinq catégories.

A. Le fonctionnement interne du couple

Plusieurs auteurs évoquent que la famille et par le fait même le couple serait un système fermé et replié sur lui-même (Maddock et Larson, 1995 ; Pauzé et Poirier, 1995 ; Sgroi, 1986 ; Sgroi *et al.*, 1986), où la rigidité et le contrôle joueraient un rôle important. Il est

question de contrôle mais également d'abus de pouvoir. En effet, l'agression sexuelle (dont le comportement incestueux) est pour certains auteurs un symptôme qui démontrerait l'état du dysfonctionnement interne de ces couples puisque le fait pour un homme de commettre des gestes à caractère sexuel sur des enfants est anormal et illégal dans notre société. Ainsi, conjointement aux agressions sexuelles, il y aurait au sein de certains couples et de certaines familles d'autres formes d'abus, tels l'abus de pouvoir et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Il va de soi que pour commettre une agression sexuelle sur un enfant, l'homme se trouve nécessairement en position de pouvoir afin d'arriver à ses fins. Il satisfait alors ses besoins sans se préoccuper des conséquences sur les autres (Sgroi, 1986). Selon Maddock et Larson (1995), la relation d'intimité entre les hommes et les femmes serait le reflet de l'interaction entre l'agresseur et sa victime. Puisque l'homme n'est pas dominant dans toutes ses relations, il extérioriserait cet aspect de sa personnalité dans le rapport avec l'enfant. Plusieurs agresseurs sexuels sont incapables d'être en relation de couple et lorsqu'ils le sont, on observe des comportements de dominance chez l'homme (Pauzé et Poirier, 1995 ; Wodarski et Johnson, 1988) ou chez la femme.

Il faut préciser que l'abus de pouvoir peut s'exercer sans expression de violence physique, comme dans les cas où l'homme est de type passif-agressif. Cependant, l'abus de pouvoir peut aussi mener à la violence physique (Sgroi, 1982). Hormis l'abus de pouvoir et le besoin de contrôle, le couple de famille incestueuse ferait souvent usage de nombreux comportements abusifs (Lang *et al.*, 1990). Une problématique d'abus de drogue et/ou d'alcool serait aussi souvent présente chez ces couples (Lang *et al.*, 1990 ; Johnson et Berry, 1989).

Le couple présente fréquemment une dynamique interne de dépendance affective (Maddock et Larson, 1995 ; Sgroi, 1982), mais avec un faible niveau de confidence et d'intimité entre les conjoints (Lang *et al.*, 1990). De fait, l'agresseur, à partir du moment où il introduit la sexualité avec un enfant de sa famille ou à l'extérieur de celle-ci, crée ou ajoute une limite majeure dans le processus de communication, tant dans la relation conjugale que dans les interactions familiales. D'ailleurs, une importante caractéristique du fonctionnement interne des couples (et des familles incestueuses) concerne la communication. Plusieurs auteurs notent des problèmes dans la qualité de la communication. Selon eux, la communication entre les partenaires et les membres de la famille serait médiocre (Sgroi, 1986 ; Sgroi, 1982 ; Wodarski et Johnson, 1988), dysfonctionnelle ou même inexistante (Cole, 1992 ; Pauzé et Poirier, 1995). Les liens d'attachement entre les conjoints seraient aussi marqués par une forte insécurité, surtout chez les hommes. Une étude (Lussier, Perron, Paradis, Turcotte et Brassard, 2002) montre que plus de 70 % des hommes ayant commis des agressions sexuelles intrafamiliales affichent soit une peur d'être abandonné, soit des comportements visant l'évitement de l'intimité, ou encore une combinaison des deux. Chez les mères des victimes, ce sont plus de 56 % qui présentent des conduites d'attachement empreintes d'insécurité. Par conséquent, les conjoints ne semblent pas être en mesure de bâtir une relation intime où leur besoin de sécurité

mutuel serait comblé. Le jumelage des partenaires qui présentent une image négative d'eux-mêmes, se croyant peu dignes d'amour et d'attention (anxiété forte), ou qui perçoivent leur partenaire amoureux comme rejetant et non disponible (évitement élevé) entraîne inévitablement un niveau de détresse conjugale et sexuelle élevé (Birnbaum, Reis, Mikulincer, Gillath et Orpaz, 2006 ; Brassard, Shaver et Lussier, 2007 ; voir Feeney et Noller, 2004 pour une recension des écrits). Cette dynamique d'attachement entre les conjoints de famille incestueuse mériterait d'être étudiée de façon plus approfondie.

Dans certaines familles, l'atmosphère familiale est également froide et distante, alors que l'expression d'émotions authentiques et chaleureuses est rarissime (Maddock et Larson, 1995). Les partenaires seraient difficilement capables d'éprouver de l'empathie (Sgroi, 1986 ; Sgroi, 1982 ; Wodarski et Johnson, 1988) et l'expression d'émotions ne serait pas accessible. Les partenaires auraient souvent un blocage émotionnel (Furniss, 1991 ; Sgroi, 1982 ; Wodarski et Johnson, 1988) ou nieraient leurs émotions (Sgroi, Blick et Porter, 1982). Par ailleurs, il semble que les partenaires présentent souvent des problèmes de santé physiques ou mentaux. Ils souffriraient fréquemment de dépression, d'anxiété, de phobies et de certains troubles de la personnalité (Furniss, 1991). Il y aurait également de la confusion entre l'aspect émotionnel et sexuel chez les partenaires (Furniss, 1991).

Malgré les nombreuses difficultés que vivent les partenaires, certains tendent à nier les aspects négatifs de leur fonctionnement (Sgroi, 1982 ; Wodarski et Johnson, 1988). Ils les projetteraient sur l'autre partenaire ou sur d'autres personnes (Maddock et Larson, 1995 ; Sgroi, 1982) et ils utiliseraient la pensée magique (Wodarski et Johnson, 1988). Il existerait chez certains une confusion des rôles dans le couple (Cole, 1992 ; Sgroi, 1982). Malgré la confusion, il semble que les partenaires puissent avoir des rôles extrêmement rigides et qu'ils soient confinés aux stéréotypes sociaux traditionnels (Maddock et Larson, 1995). Certains parents auraient de la difficulté à éduquer leurs enfants, à les soutenir et à les protéger (Sgroi, 1982 ; Wodarski et Johnson, 1988). Ils superviseraient également peu leurs enfants. Cependant, à l'opposé, certaines familles présenteraient l'image d'une famille modèle (Leahy, 1991). L'image que la famille projette serait très importante pour elle (Furniss, 1991).

Pour d'autres couples, la relation entre les partenaires serait caractérisée par le narcissisme et l'hostilité (Maddock et Larson, 1995). L'anxiété et la colère seraient présentes dans la relation à l'autre sexe (Maddock et Larson, 1995). Le couple serait également limité dans ses mécanismes d'adaptation (Sgroi, 1986). Il y aurait donc peu de changement, de sorte que les difficultés pourraient se cristalliser plus facilement. Il semble que 10,3 % des agresseurs sexuels disent bien connaître leur femme avant le mariage contre 53,8 % des hommes non abuseurs (Lang *et al.*, 1990). Toujours selon cette recherche, il semble que la durée des fréquentations avant le mariage soit plus courte chez les couples où il y a un agresseur sexuel, contrairement aux couples où il n'y a

pas d'agresseur sexuel. La durée des fréquentations serait d'un an ou moins pour les couples formés d'un homme agresseur sexuel, alors que celle-ci serait de trois ans pour les couples formés d'hommes non agresseurs.

B. Le fonctionnement externe du couple

D'entrée de jeu, il faut préciser que la dynamique interne du couple se reflète sur le type de dynamique qu'il a développé avec la société. Certains couples présenteraient un système fermé sur lui-même, ayant peu d'interactions avec l'extérieur (Johnson et Berry, 1989 ; Leahy, 1991 ; Pauzé et Poirier, 1995 ; Salter, 1988 ; Sgroi, 1986). Le couple s'isolerait et se retirerait socialement compte tenu de ses craintes face aux autorités. Il semble qu'ils considèrent leur entourage comme étant hostile et menaçant (Sgroi, 1986). Par ailleurs, les couples de famille incestueuse seraient souvent en conflit avec différents systèmes sociaux (p. ex., l'école, la justice, la finance, le travail). Les interactions avec les autres seraient peu tolérées et seraient une grande source de stress pour ces couples qui sont peu efficaces à répondre aux exigences du monde extérieur (Maddock et Larson, 1995). Lorsqu'ils en ont, les partenaires auraient peu d'amis mutuels (Lang *et al.*, 1990).

C. La relation avec la sexualité

Compte tenu de la nature de la problématique de l'agression sexuelle, force est de constater que la sexualité du couple y est directement impliquée. Divers auteurs s'entendent pour dire que la sexualité serait dysfonctionnelle chez ces couples. Plusieurs éléments sont ciblés dont l'insatisfaction sexuelle. En effet, il semblerait que les deux partenaires des couples de famille incestueuse seraient insatisfaits quant à leur intimité, à la fréquence des rapports sexuels qu'ils ont et à la gratification qu'ils en retirent (Cole, 1992 ; Maddock et Larson, 1995 ; Salter, 1988). Ainsi, 66,7 % des couples où l'homme agresse sexuellement un enfant seraient satisfaits sexuellement contre 93,8 % des couples où l'homme n'agresserait pas (Lang *et al.*, 1990).

Lorsqu'ils ont des rapports sexuels, il semble que ces couples n'aiment pas les rapports bucco-génitaux ou les positions inhabituelles (ce qui peut refléter, encore une fois, leur rigidité). La sexualité serait d'ailleurs souvent une source de conflits entre les partenaires, qui seraient régulièrement aux prises avec des blocages sexuels (Furniss, 1991).

D. La qualité des frontières

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'il existe un problème au niveau des frontières dans le couple et, par conséquent, au sein de la famille. Les frontières seraient absentes entre les partenaires et les membres de la famille ou si elles ne sont pas absentes, elles y seraient plutôt diffuses. Les membres seraient incapables de se fixer des limites tant pour eux que pour les autres (Sgroi, 1986). Lorsque des limites sont établies, les partenaires

peuvent être incapables de les contrôler efficacement. L'absence de frontières pourrait alors provoquer une confusion des rôles chez les partenaires (et les membres de la famille).

Hormis la confusion des rôles, certains couples auraient de la difficulté à établir des frontières entre l'aspect physique (corporel) et sexuel chez ces couples, ce qui ajouterait à la confusion vécue dans le couple (et la famille) (Wodarski et Johnson, 1988). Dans la confusion, il existe aussi une ambivalence entre le besoin de proximité et le besoin de distance (Maddock et Larson, 1995). Les frontières physiques seraient brouillées (Sgroi, 1986). Les membres auraient alors accès aux corps, aux biens et à l'intimité des autres. En fait, la notion d'intimité n'existerait pratiquement pas, ce qui donnerait accès à l'espace privé de la victime. Les limites, quoique dysfonctionnelles, seraient alors transgressées par les personnes dominatrices.

E. Les rôles que joue l'enfant (la victime) dans le couple

Pour comprendre davantage comment le couple fonctionne, il y a lieu d'aborder le rôle que l'enfant (la victime) peut jouer au sein du couple (et de la famille). D'abord, il semble que les parents assignent des rôles d'adultes aux enfants et souvent, l'aînée de la famille en vient à avoir un rôle maternel (Wodarski et Johnson, 1988). Les rôles seraient inversés et les enfants seraient alors parentifiés (Cole, 1992 ; Lang *et al.*, 1990 ; Pauzé et Poirier, 1995), ce qui engendre beaucoup de confusion. Par ailleurs, les parents seraient souvent irresponsables et les enfants performeraient mieux dans les tâches qu'eux (Maddock et Larson, 1995). Le développement prématuré de ces enfants pourrait avoir des répercussions sur le développement précoce de comportements sexuels inappropriés (Maddock et Larson, 1995). De par le rôle de la sexualité chez ces couples, certains parents peuvent être obsédés par l'idée d'éliminer les pensées et les comportements sexuels pouvant avoir une signification pour eux. Les enfants peuvent alors développer une conscience autoritaire et rigide ainsi qu'un sentiment de honte généralisé à propos de toute forme d'intérêt sexuel (Maddock et Larson, 1995).

Dans le type de relation que les parents entretiennent avec les enfants, il est mentionné que ces derniers leur seraient soumis et subordonnés. Le processus de triangulation serait présent dans les familles incestueuses (Sgroi, 1986) et l'enfant y serait utilisé dans le processus de rivalité entre les deux partenaires (Crivillé *et al.*, 1994). Le rapport parent-enfant serait souvent marqué du sceau de la peur (Bander, Fein et Bishop, 1986).

F. Typologie des couples de famille incestueuse

Plusieurs auteurs ont proposé des typologies pour décrire les relations conjugales des familles où sévit l'agression sexuelle (p. ex., Cole en 1992 ; Crivillé, Deschamps, Fernet et Sittler, 1994 ; Sgroi, 1986 ; Sgroi et Dana, 1986). Il y a des similitudes et recoupements

entre elles. Nous en avons retenu une qui reflète ce consensus chez les chercheurs. Maddock et Larson (1995) ont proposé quatre catégories de fonctionnement conjugal, dont deux rejoignent sensiblement celles de Sgroi et Dana (1986).

1. La première catégorie fait référence à la relation entre l'homme qui joue le rôle de l'agresseur, alors que la femme joue celui de la victime. Le mari utilise la domination et le contrôle dans sa relation à l'autre. Il est dominant alors que sa conjointe est passive. Elle réprime sa sexualité et elle se trouve en position de survie, position semblable à celle des enfants.
2. Dans la deuxième catégorie, l'homme et la femme adoptent une position de victime. Dans ce couple, l'homme et la femme manquent de pouvoir et de contrôle. Une lutte pour le pouvoir peut toutefois s'installer. Chacun exprime des besoins émotionnels mais ils sont cependant peu habiles à y répondre. Ils ont aussi de la difficulté à supporter l'autre.
3. La troisième catégorie fait référence à la relation de couple où l'homme adopte une position de victime alors que la femme joue le rôle de l'agresseur. Dans les faits, ceci signifie que l'homme manque de contrôle, contrairement à sa conjointe qui en a beaucoup plus au sein de leur couple. Ce dernier est régi par la peur, la honte, le déni et la minimisation. Suite au dévoilement, ce couple est préoccupé par l'apparence qu'il projette ainsi que par son statut social.
4. Au sein de la quatrième catégorie, les deux membres du couple adoptent une position d'agresseur. Au sein de ce couple, le pouvoir prend beaucoup de place alors que le contrôle en a moins. L'homme et la femme ont tendance à victimiser les enfants. Ils n'ont pas d'empathie et le déni des gestes d'agression sexuelle est hautement utilisé. De plus, les membres du couple ont de nombreuses erreurs de pensée.

La typologie de Maddock et Larson (1995) illustre bien l'hétérogénéité des couples avec lesquels l'intervenant est appelé à intervenir dans un contexte d'agression sexuelle.

3. ÉVALUATION ET TRAITEMENT DES COUPLES DE FAMILLES INCESTUEUSES

Des études ont proposé différents modes de traitement pour les agresseurs sexuels, les parents non agresseurs et les victimes, alors que d'autres les ont évalués (p. ex., Babins-Wagner, 1991 ; Chaffin, 1992 ; Giaretto, 1982a, 1982b ; Lang, Pugh et Langevin, 1988 ; Marshall et Barbaree, 1988a, 1988b ; Marshall, Jones, Ward, Johnston et Barbaree, 1991). Cependant, peu de programmes incluent comme cible thérapeutique l'intervention conjugale (Giaretto, 1982a, 1982b).

Tel qu'indiqué au début du chapitre, la thérapie conjugale pour traiter les agressions sexuelles perpétrées par l'un des conjoints (TCAS) est recommandée uniquement à la suite d'un traitement individuel suivi à la fois par l'agresseur et sa conjointe. En effet, l'expérience nous enseigne la nécessité d'un encadrement judiciaire de l'agresseur (à la Chambre de la jeunesse et/ou à la Chambre criminelle), lequel diminue les risques de récidive à court terme et augmente le degré de participation de l'agresseur à l'application des mesures de protection et aux services d'aide. De plus, cette mesure permet de bien situer la responsabilité de l'agir déviant. Avant d'aborder la TCAS, il nous paraît important de décrire un programme individuel spécialisé mis en place dans un Centre jeunesse du Québec et offert en session de groupe pour évaluer et traiter les agresseurs, ainsi que leur conjointe.

3.1. Programme d'évaluation et de traitement des situations d'agression sexuelle intrafamiliale

En 1984, des professionnels du Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec proposaient une première systématisation des interventions en agressions sexuelles. Depuis, le programme d'évaluation et de traitement des agressions sexuelles (PETAS) offre des services de psychothérapie aux personnes impliquées dans une situation d'agression sexuelle intrafamiliale. La clientèle du programme touchée par la problématique intrafamiliale regroupe les familles dont un ou des enfants ont été agressés par un parent, un beau-parent, un membre de la fratrie, un membre de la famille élargie (grands-parents, oncles, tantes, etc.) ou encore une figure parentale de substitution (conjoint de fait, parent adoptif) qui joue un rôle significatif. Les interventions ont lieu auprès des victimes, des adolescents agresseurs, des parents non agresseurs et des parents agresseurs. Le couple et la famille se verront offrir une aide concrète en vue de favoriser l'élimination des séquelles psychologiques et de permettre la reprise d'un développement sain de la famille et de ses individus.

A. Phase d'évaluation

Afin de déterminer les stratégies d'intervention appropriées, chaque personne référée au programme (agresseur et sa conjointe) doit se soumettre à une évaluation psychologique et relationnelle en trois temps.

1. Entrevue individuelle avec chacun des membres du couple (de 1 heure à 1 h 30 chacun).
2. Entrevue avec le couple (de 1 heure à 1 heure 30 chacun).
3. Passation de questionnaires en face à face avec chacun des membres du couple (de 2 heures à 2 h 30 pour chacun des conjoints). Il faut préciser que les questionnaires sont administrés à nouveau après une année de traitement et à la fin du traitement, soit à la deuxième année.

L'entrevue clinique structurée

L'entrevue individuelle permet d'obtenir une définition claire du problème et de s'assurer la participation (même si elle n'est que minimale au début) des parents et des enfants au processus de traitement. Elle permet de faire une évaluation du potentiel à s'engager dans le traitement. Il est important d'avoir des attentes réalistes face à cet engagement. Calder (1997, voir Bentovim, 1998) a dressé des caractéristiques pour nous aider à développer des attentes réalistes. Ces points sont des indicateurs qui peuvent servir de guide dans la prise de décision sur les mesures de protection à prendre pour les enfants. Ils nous donnent des balises pour déterminer si le pronostic est bon, douteux ou mauvais.

Bon pronostic

- L'agresseur accepte la responsabilité de son comportement sexuel déviant et est apte à l'admettre face à sa conjointe et ses enfants.
- Le couple et la famille sont disposés à poursuivre un travail thérapeutique.
- La victime n'est blâmée ou perçue comme un bouc émissaire par aucun des membres de la famille (ni par le réseau social). Il lui est plutôt permis de reconnaître que l'agression est survenue et qu'elle peut recevoir une protection appropriée.
- Si l'agresseur est un membre de la fratrie, les parents acceptent une « certaine responsabilité » dans le fait d'avoir « manqué » au niveau de la protection de la victime et sont disposés à coopérer à un travail thérapeutique nécessaire.
- Si l'agresseur est un membre de la fratrie, les parents sont aptes à prendre en charge la protection de la victime et de la fratrie et à fournir le soutien nécessaire à l'agresseur. S'il y a lieu, ils peuvent superviser les contacts entre la victime, la fratrie et l'agresseur, ou travailler en collaboration avec les professionnels et leur apporter un soutien.

Pronostic douteux

- Il existe une « culture familiale multigénérationnelle d'agression » qui est niée.
- La victime est blâmée pour l'agression et/ou pour la perturbation liée au dévoilement, alors que le déni et les fausses croyances concernant l'agression se poursuivent dans la famille ; l'agresseur refuse d'accepter la pleine responsabilité de son comportement sexuellement abusif, blâme la victime et minimise la nature et les impacts de ses gestes.
- Si l'agresseur est un membre de la famille, les parents sont confus et incertains à propos de la responsabilité ou de la non-responsabilité de l'agresseur.

- Un climat de violence et de victimisation à l'intérieur de la famille se poursuit, et l'impact de celui-ci est minimisé et nié.
- Il existe un engagement indécis des parents en ce qui a trait à l'implication des intervenants.

Mauvais pronostic

- La responsabilité face au geste d'agression sexuelle est niée par l'agresseur ou par les parents dans le cas où l'agresseur est un des membres de la famille. La victime est tout de suite blâmée ou rejetée face aux perturbations qu'occasionne le dévoilement.
- L'agresseur demeure puissant et contrôlant dans le contexte familial et conjugal et les parents ne sont pas enclins à vouloir protéger la victime.
- Les besoins des parents ont priorité sur ceux des enfants. Il existe un haut niveau de violence parentale et des comportements rejetants, mais non reconnus à l'égard de la victime et de la fratrie.
- Les membres de la famille accusent les professionnels de perturber leur vie en investiguant le dévoilement de l'abus. Les offres d'aide des professionnels sont rejetées.

Le protocole d'entrevue clinique auprès du couple que nous utilisons est présenté au chapitre 2. Il évalue la détresse conjugale, la stabilité de la relation, l'attachement amoureux, la violence au sein du couple, les conflits, la communication, les attributions, la sexualité, les gestes d'agression posés, les symptômes psychologiques et la personnalité.

Instrument d'évaluation

Les instruments d'évaluation utilisés à l'intérieur du PETAS sont de type questionnaire. Ils sont administrés en face à face par un intervenant. Ces questionnaires permettent d'ajouter des éléments de compréhension aux sphères de fonctionnement qui sont difficiles à observer dans le cadre d'une entrevue. De plus, ils peuvent servir à confirmer les observations du clinicien. Voici les instruments qui composent notre batterie d'évaluation.

- Le questionnaire sur le bien-être personnel (Ilfeld, 1976 ; traduit par Kovess, Murphy, Tousignant et Fournier, 1985) permet d'évaluer la présence de détresse psychologique, telle que l'anxiété, la dépression, l'agressivité et les troubles cognitifs.
- L'échelle de psychopathie (Levenson, Kiehl et Fitzpatrick, 1995 ; traduit par Sabourin et Lussier, 1998) signale la présence de psychopathie. Deux dimensions sont mesurées, soit la présence de psychopathie primaire et de psychopathie secondaire.

- Le Questionnaire d'empathie (Davis, 1980 ; traduit par Lussier, 1996) mesure la capacité à se mettre à la place des autres pour mieux comprendre leur situation. Deux des quatre dimensions permettent de situer l'empathie affective et cognitive.
- L'inventaire de la personnalité NEO-FFI (Costa et McCrae, 1989 ; traduit par Sabourin et Lussier, 1992) offre une évaluation globale des traits de personnalité d'un individu dit normal, donc sans troubles mentaux. Il repose sur la théorie voulant que la personnalité se compose de cinq dimensions principales, soit la névrose, l'extraversion, l'ouverture, l'amabilité et la conscience.
- Le questionnaire sur l'état de stress (Foa, Cashman, Jaycox et Perry, 1997 ; traduit par Lussier et Lemelin, 2000) décèle la présence d'événements traumatisants pouvant conduire au développement d'un état de stress posttraumatique selon les critères du DSM-IV.
- L'inventaire de désirabilité sociale (Paulhus, 1989 ; Traduit par Sabourin et Lussier, 1990) sert à dépister une tendance possible à vouloir bien paraître et à se présenter sous un beau jour.
- Deux questionnaires sur les distorsions cognitives (Bumby, 1996 ; Hanson, Gizzarelli et Scott, 1994) permettent d'identifier les distorsions cognitives à l'égard de la sexualité entre adultes, sur celle entre un adulte et un enfant, sur la perception des enfants et le droit à la sexualité.
- Le questionnaire sur les expériences amoureuses (Brennan, Clark et Shaver, 1998 ; traduit par Lafontaine et Lussier, 2003) permet d'établir le style d'attachement des partenaires. Quatre styles sont possibles : sécurisant, préoccupé, craintif ou détaché.
- Le questionnaire sur la résolution des conflits conjugaux (CTS2, Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1995 ; traduit par Lussier, 1997) évalue la présence de violence (psychologique, physique et sexuelle) émise ou subie.
- Le questionnaire d'ajustement dyadique (Spanier, 1976 ; traduit par Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986) permet d'évaluer la qualité de la relation conjugale à partir de quatre dimensions : la satisfaction, l'expression d'affection, la cohésion et le consensus.
- Le formulaire d'histoire sexuelle (Nowinski et LoPiccolo, 1979 ; Schover et Jensen, 1988 ; traduit par Trudel, 1986) évalue la fréquence des contacts sexuels, les fonctions sexuelles relatives au désir, à l'excitation sexuelle, à l'orgasme, et à la douleur, et tout ce qui englobe la satisfaction sexuelle des hommes et des femmes.

Les vignettes cliniques présentées à la section 4 permettront d'illustrer la façon d'utiliser les informations tirées de ces questionnaires pour décrire le fonctionnement psychologique et relationnel des conjoints.

B. Traitement

Le traitement en agression sexuelle doit considérer de façon spécifique la déviance sexuelle développée par l'auteur de l'agression sexuelle en plus des dysfonctions personnelles, conjugales, familiales et sociales qui entravent le développement des enfants et des adultes. Notre approche favorise une reconstruction où l'emphase est mise à la fois sur les difficultés individuelles et les difficultés conjugales et familiales. Cependant, quelques préalables sont nécessaires avant d'amorcer des interventions auprès du couple :

- l'agresseur assume entièrement la responsabilité de son comportement sexuel déviant ;
- la victime, les membres de la famille et l'agresseur désirent un processus de reconstruction ;
- l'évaluation du risque de récidive indique un risque faible ;
- la victime et les autres membres de la famille ont un plan de sécurité et comprennent le danger potentiel ;
- l'agresseur n'a pas de pensées obsessives envers la victime ;
- aucun des deux parents ne présente de problème de consommation d'alcool ou de drogue ;
- il n'y a pas de comportement psychotique et l'agresseur ne présente ni trouble de la personnalité ni comportements indiquant la présence active de psychopathie (maintien de son comportement violent dans la famille et à l'extérieur de la famille).

C'est dans cette optique que le modèle de traitement préconisé dans nos services utilise différentes modalités d'interventions, soit la thérapie de groupe, individuelle, conjugale et familiale. Ces différentes stratégies portent en soi des objectifs communs : l'élimination des conséquences psychologiques résultant des agressions sexuelles ou de leur dévoilement pour les membres de la famille, la modification des conduites déviantes, le développement de la capacité à protéger les enfants et à favoriser leur développement, ainsi que la normalisation des relations intimes et sexuelles entre adultes.

Avant d'amorcer le travail auprès du couple, nous avons observé qu'il est préférable de travailler sur différentes cibles qui vont faciliter le travail à venir auprès du couple. Les processus de groupe permettent effectivement de clarifier la responsabilité de l'agression sexuelle, tant chez la mère que chez l'agresseur, en dehors de la dynamique conjugale. En effet, la mise en situation trop rapide d'un couple en thérapie pourrait faciliter le maintien des résistances et empêcher le processus de responsabilisation. Il est surprenant de constater que les tenants de l'approche systémique se sont très peu prononcés sur ce sujet.

La thérapie de groupe constitue la stratégie d'intervention centrale privilégiée pour œuvrer auprès d'hommes incestueux et des mères de victimes d'agression sexuelle. Elle consiste en un minimum de 54 rencontres de groupe, réparties sur deux années. Chacune de ces rencontres dure entre deux heures et deux heures et demie. Le groupe s'échelonne sur deux ans. L'intensité de ce programme se justifie par la multiplicité des sphères affectives, cognitives, comportementales et relationnelles touchées, par les aspects juridiques et sociaux de chaque situation de même que par la gravité des conséquences de la récidive. Les hommes participent à quatre formes de psychothérapie en groupe, correspondant à des cibles d'intervention distinctes : 1) orientation, 2) sensibilisation voilée, 3) prévention de la récidive, 4) communication. Les objectifs visés au sein de chaque groupe doivent être atteints avant que l'homme puisse accéder au palier suivant. Les femmes participent à trois groupes : orientation, groupe pour femmes et communication.

Mandats thérapeutiques

Le clinicien doit gérer avec chaque couple un ensemble de mandats thérapeutiques s'entrecroisant et se modifiant parfois rapidement. Ces mandats sont généralement plus complexes et changeants que ceux poursuivis en psychothérapie de couple traditionnelle (voir le chapitre 2). Le climat d'intensité affective connaît bien souvent des pics aigus et les enjeux développementaux chez l'enfant, psychologiques et juridiques chez l'agresseur et sa conjointe s'enchevêtrent pour former un faisceau de préoccupations professionnelles difficiles à concilier. Ainsi, dès le départ, le dévoilement des agressions sexuelles provoque une crise conjugale et familiale massive qui oriente le choix des interventions : application de mesures juridiques et psychologiques pour accroître la sécurité de l'enfant, réorganisation immédiate des contacts entre le père et les enfants, placement temporaire d'un ou des enfants, encadrement ferme des autres manifestations de violence familiale. L'intervention de crise ne vise pas à court terme la prise de décision vis-à-vis la viabilité de l'union. Il s'agit plutôt d'aider les membres de la famille à comprendre les différents paramètres de la crise actuelle tout en présentant un modèle explicatif préliminaire de type psychoéducatif. Par la suite, il s'agit de prioriser, en collaboration avec les conjoints mais aussi à partir d'une position de fermeté, les stresseurs les plus significatifs ainsi que les mesures à prendre pour restaurer un climat de sécurité familiale. L'application de ces stratégies allège le fardeau décisionnel de la mère, l'aide à gérer une situation envahissante et lui permet de concentrer ses énergies sur les éléments prioritaires de la situation.

Après la gestion immédiate de la crise, le clinicien se voit souvent confronter à la nécessité de mener un mandat de résolution de l'ambivalence des conjoints, mais surtout de la conjointe, vis-à-vis la poursuite de la relation de couple. Les phénomènes bien documentés d'insécurité financière, de codépendance affective et d'oscillation rapide entre le déni des conséquences de l'agression sur l'enfant et la rage, parfois homicidaire, éprouvée à l'égard du père contribuent à la persistance des doutes vis-à-

vis le maintien de l'union conjugale. L'exploration de ces réactions empreintes d'ambiguïté et d'équivoque peut être menée à l'aide du modèle en cinq phases présenté au chapitre 2 : 1) la création d'attentes appropriées et l'instauration de règles de fonctionnement adaptées à un mandat de résolution de l'ambivalence ; 2) l'exploration multidimensionnelle de l'ambivalence : affects, croyances et intentions comportementales ; 3) la prise de décision ; 4) la nécessité d'une démarche de changement individuel ; 5) si elles sont indiquées, la transition vers un mandat d'amélioration de la vie conjugale et l'élimination des irritants à la source de l'ambivalence.

Enfin, parallèlement à l'intervention de groupe, l'intervenant doit souvent intervenir de façon ponctuelle pour poursuivre un mandat de rupture conjugale, car la femme veut mettre fin à la relation. L'éclatement de la cellule familiale et la rupture de la relation constituent en effet des répercussions communes suite à la divulgation de la situation d'agression sexuelle. L'assistance psychologique et sociale doit alors soutenir la décision de la mère, l'aider à amorcer son deuil et l'amener à accompagner ses enfants lors de cette transition abrupte (voir le chapitre 15). Si le couple survit au traitement individuel de l'agresseur, le clinicien va travailler, en dernier lieu, dans le groupe de communication avec un mandat visant l'amélioration de la relation.

Groupe d'orientation

Ce groupe mixte a pour but d'accueillir les hommes agresseurs et les mères de victimes peu de temps après le dévoilement de l'agression sexuelle. Il a une durée de neuf semaines. Chez les hommes, la participation à ce groupe vise huit objectifs spécifiques : 1) reconnaître et assumer l'entière responsabilité des gestes d'agression sexuelle posés à l'endroit d'un enfant. À ce stade-ci du traitement, il arrive fréquemment que les hommes ne reconnaissent pas l'ensemble des faits et des gestes posés ou diminuent la nature, la fréquence et la gravité des gestes commis. Nous amorçons le processus avec ces hommes et la reconnaissance complète s'effectuera en cours de traitement ; 2) reconnaître la nécessité d'un traitement ; 3) restreindre les distorsions cognitives et les minimisations ; 4) resituer la responsabilité ; 5) briser leur isolement ; 6) favoriser le début de l'expression des émotions et une meilleure gestion de celles-ci ; 7) améliorer les habiletés de communication et les compétences interpersonnelles ; 8) enfin, comprendre les conséquences de l'abus chez leurs victimes et chez les mères des victimes.

Concernant les femmes, leur participation à ce groupe leur permettra de : 1) commencer à résoudre leur sentiment d'impuissance et la perte de confiance en soi ; 2) gérer leur état dépressif et leur sentiment de culpabilité ; 3) resituer la responsabilité de l'agression ; 4) briser leur isolement (réseau de soutien) et se sentir comprises par les autres femmes du groupe ; 5) favoriser l'expression de leurs émotions (parfois confuses) sans être jugées ; 6) comprendre leur sentiment de confusion envers leur conjoint, leur enfant et elles-mêmes ; 7) recevoir des conseils sur l'attitude à adopter envers leur enfant ; 8) commencer à s'affirmer adéquatement ; 9) résoudre l'émergence éventuelle des symptômes liés à leur propre victimisation.

Ce groupe permet une première confrontation dans un climat de soutien, tout en favorisant le développement de l'alliance thérapeutique. Ce processus accélère le développement de l'empathie et favorise une meilleure compréhension des conséquences de l'agression sexuelle pour les victimes mais aussi pour les autres membres de la famille.

Groupes pour les hommes

Notre expérience clinique enseigne qu'il est préférable que les hommes aient développé une connaissance de leur processus d'agression, ce qui sous-tend une reconnaissance beaucoup plus complète de leur responsabilité et la maîtrise de leur excitation sexuelle déviante. Ils doivent également avoir fait une prise de conscience et reconnaître la structure cognitive (distorsion cognitive) qui leur sert de justification pour agresser sexuellement leur enfant. Une fois ce travail effectué, il devient possible d'aborder les dimensions liées à leur relation conjugale et familiale dans un travail plus systématique. Le programme comprend deux groupes : sensibilisation voilée et prévention de la récidive.

Groupe de sensibilisation voilée

À la suite de leur participation au groupe d'orientation, les hommes accèdent au groupe de sensibilisation voilée qui est basé sur une technique cognitive-comportementale de type aversif (voir aussi Abel et Rouleau, 1990 ; Marshall et Barbaree, 1988a ; Priest et Smith, 1992). Ce groupe d'une durée de 18 semaines a pour but d'associer des stimuli aversifs aux fantaisies déviantes. Voici une description sommaire de cette stratégie d'intervention. Les hommes doivent raconter sur cassette audio quelles étaient leur planification, leurs manipulations, leur état émotif et leur contexte familial, conjugal et social avant de commettre des agressions sexuelles. Toutefois, avant de raconter leur scène d'agression, ils doivent introduire une scène aversive (p. ex., s'imaginer qu'ils se font prendre par leur conjointe, se font arrêter par les policiers, se font jeter en prison, que la victime se suicide, etc.). Suite à cette scène aversive (l'agression comme telle n'est pas décrite), une scène normale est introduite dans le but de favoriser l'émergence de fantaisies sexuelles adéquates (c'est-à-dire avec un partenaire sexuel adulte sans violence). Les objectifs visés sont : 1) une diminution de l'excitation sexuelle déviante ; 2) une augmentation de l'excitation sexuelle appropriée ; 3) un meilleur contrôle cognitif permettant un arrêt de la pensée et des fantaisies déviantes ; 4) la mise à jour des distorsions cognitives ; 5) un début d'intégration d'une connaissance sexuelle appropriée.

Groupe de prévention de la récidive

La troisième étape du processus de traitement des hommes agresseurs, baptisée « Prévention de la récidive », a une durée de 18 semaines (voir aussi Pithers, Kashima, Cumming, Beal et Buell, 1988). À l'intérieur de ce groupe, trois objectifs sont visés. D'abord, les hommes identifient les différents aspects de leur motivation ayant favorisé

l'agir sexuel déviant. Le travail thérapeutique porte sur l'excitation sexuelle déviante, les besoins sexuels, affectifs, de contrôle et de pouvoir ainsi que leur difficulté à régler adéquatement les conflits. Les signes précurseurs de l'abus seront identifiés. Deuxièmement, un travail est effectué au niveau des barrières internes. C'est à ce moment que seront confrontées les distorsions cognitives. Un travail important est effectué au niveau d'une sensibilisation des conséquences physiques et psychologiques de l'agir de l'homme sur sa ou ses victimes et les autres personnes mises en cause (augmentation de l'empathie). Les effets de certains traits de personnalité sur l'empathie sont explorés. À ce sujet, une étude montre que l'empathie cognitive (être capable de comprendre ce que l'autre vit) est positivement reliée à l'ouverture, à l'amabilité et à la conscience (Turcotte, Lussier, Perron et Bertrand, 1997). Troisièmement, un travail au niveau des barrières externes permet de comprendre en détail les enjeux de manipulation, ainsi que les diverses stratégies de planification utilisées pour s'isoler avec leur victime et la soumettre à des contacts sexuels. Ce travail permet d'identifier les situations à risque pour chaque homme. À ce stade-ci, les hommes doivent être en mesure de donner en détail une description de tous les éléments impliqués dans leurs gestes d'agression sexuelle. Ils doivent comprendre leur cycle d'abus et apprendre des moyens concrets d'éviter toute récidive. Un plan de prévention de récidive est développé et communiqué à leur conjointe et aux intervenants impliqués (thérapeutes, DPJ, agent de probation). La vignette 1 présente un exemple de plan de prévention de la récidive.

Groupe pour les mères des enfants

Parallèlement au groupe de sensibilisation voilée et de prévention de la récidive, les femmes participent à un autre groupe s'adressant uniquement à des mères d'enfants victimes (voir aussi Chaffin, 1992). Le nombre de semaines est équivalent à celui du groupe des hommes, bien qu'il n'y ait pas de nombre limite de sessions. Nous estimons préférable qu'elles reçoivent du soutien à travers un processus individuel et de groupe avec d'autres mères d'enfants victimes avant d'amorcer le travail conjugal. En effet, notre expérience des dernières années et les résultats de recherche nous indiquent que plusieurs parents non agresseurs présentent des symptômes cliniques importants lors du dévoilement (Wright *et al.*, 1997 ; Cyr *et al.*, 2003). Au préalable, il est nécessaire d'évaluer leurs habiletés parentales de même que les conséquences liées au dévoilement. Il importe également de bien mesurer les effets qui sont attribuables au climat familial et conjugal (violence physique et /ou sexuelle). L'évaluation permettra de mieux circonscrire les conséquences attribuables à des traumatismes antérieurs qui, souvent, émergent suite au dévoilement (victimisation dans l'enfance). Dans ce groupe, elles auront la possibilité : 1) de briser davantage leur isolement ; 2) de se resituer dans leur rôle de femme (conjointe ou non) ; 3) d'effectuer un travail au niveau de leur estime de soi et de leur affirmation de soi ; 4) d'apprendre à reconnaître les indices d'une relation incestueuse et à la confronter ; 5) d'identifier des besoins affectifs et les stratégies efficaces pour les combler ; 6) de reconnaître et de développer leurs compétences parentales à l'endroit de leur enfant, incluant leur capacité à les protéger ; 7) de travailler la

Vignette 1 – Plan de prévention contre la récidive de monsieur X

Facteurs de risque	Stratégies d'adaptation
Ressentir de l'insatisfaction au plan sexuel et ne pas prendre les moyens efficaces.	– Favoriser une communication plus efficace avec ma conjointe et trouver des moyens plus sains de satisfaire mes besoins sexuels.
Nourrir des pensées sexuelles déviantes.	– Utiliser rapidement mes scènes aversives. – Penser aux conséquences pour ma victime et ma famille. – Consulter rapidement afin de me maintenir en contrôle.
Planifier des moments pour être seul avec mes enfants.	– Rechercher la présence des adultes. – M'éloigner et changer d'endroit. – M'entendre clairement avec ma conjointe sur les activités où l'enfant sera présent. – Ne plus assumer les activités liées au soin des enfants.
Utiliser mes erreurs de pensées pour justifier mon comportement sexuel déviant.	– Utiliser les pensées de rechange. – Penser aux conséquences pour la victime, ma famille et pour moi-même.
Me maintenir dans des attitudes d'insensibilité par rapport aux autres.	– Demeurer centré sur des attitudes empathiques envers les gens. – Penser aux conséquences de mon comportement. – Me souvenir des conséquences des abus sexuels que j'ai commis sur mes filles.

Éléments déclencheurs	Stratégies d'adaptation
Me sentir repoussé au plan affectif et sexuel par ma femme.	– Communiquer plus efficacement mes insatisfactions au lieu de les ruminer. – Prendre des moyens plus sains pour satisfaire mes besoins. – Apprendre à me faire confiance. – Maintenir une image de moi-même plus positive.
Ne pas exprimer mes besoins, ni respecter mes limites.	– Tenir compte de mes besoins et trouver des moyens sains de les satisfaire. – M'affirmer davantage et respecter mes limites. – Cesser de répondre à toutes les demandes de peur d'être rejeté ou pour me faire aimer.
Jeux physiques avec les enfants.	– Éviter tout contact physique avec les enfants, que ce soit à travers des jeux ou non.
Nourrir une image négative de soi.	– Mettre l'emphase sur mes qualités. – Adopter un comportement qui me permet d'être satisfait de moi.
Nourrir des fantasmes sexuels déviants.	– Éviter de nourrir de tels fantasmes. – Utiliser les scènes aversives. – Penser aux conséquences de mon comportement sexuel déviant. – Consulter rapidement afin de prévenir toute récidive.

Éléments de progression vers l'agir	Stratégies d'adaptation
Ressentir de la frustration et de la colère envers ma femme.	– Exprimer davantage ce que je ressens. – Travailler avec elle afin de trouver des solutions plus efficaces à nos problèmes.
Douter de moi au plan sexuel suite à un refus.	– Maintenir une image plus positive de moi. – Mettre l'emphase sur mes qualités. – Apprendre à mieux gérer mes frustrations liées à un refus de ma femme au plan sexuel.
Nourrir des fantasmes sur ma fille.	– Utiliser rapidement les scènes aversives. – Penser aux conséquences pour ma victime, ma famille et pour moi. – Consulter rapidement. – M'éloigner de mon enfant et prendre les moyens pour ne pas se retrouver seul avec elle.
Favoriser les contacts physiques à travers le jeu.	– Éviter tout contact physique avec les enfants, que ce soit à travers des jeux ou non.
Planifier un moment pour être seul avec elle.	– Demeurer conscient des conséquences de mon comportement sexuel déviant et ne jamais m'isoler avec un enfant.
M'organiser pour manipuler ma fille pour arriver à mes fins sexuelles (cadeaux, bonbons).	– Demeurer conscient des conséquences de mon comportement sur mes enfants. – Être conscient de mes stratégies de manipulation et mettre en application les stratégies de fuite le plus rapidement possible.
Utiliser des erreurs de pensées pour justifier mon comportement.	– Utiliser les pensées de rechange. – Penser aux scènes aversives. – Penser aux conséquences de mon comportement sexuel déviant pour mes victimes et ma famille.

Distorsions cognitives	Pensées de rechange (dialogue intérieur)
J'étais sûr qu'elle dirait oui.	– Je n'ai pas le droit de faire des propositions sexuelles à mes enfants. – Je suis maintenant conscient que je manipulais mes enfants.
C'était une habitude depuis le temps que je lui demandais.	– Ce n'est pas une habitude, c'est un comportement sexuel déviant.
Elle ne le dira pas.	– Les enfants finissent toujours par le dire, car ils vivent beaucoup d'inconfort.
Si je lui demande et qu'elle dit oui, ça signifie que c'est correct.	– Ce n'est jamais correct de faire de telle demande à un enfant, elle restera marquée par des séquelles.
L'idée me passe par la tête.	– C'est moi qui m'excite sexuellement et c'est à moi de garder le contrôle.
Ça reste là.	– Ce n'est pas vrai parce que j'ai recommencé plus d'une fois.
J'avais la manie de me toucher, je ne sais pas pourquoi.	– Je dois adopter des comportements respectueux devant mes enfants, ils ont déjà assez souffert à cause de moi.
Il faut que qu'un enfant apprenne ce que c'est, la sexualité.	– Ce n'est pas une façon de leur apprendre la sexualité. Au contraire, cela entraîne des conséquences qui vont perturber leur sexualité. Ce n'est surtout pas à moi à leur apprendre la sexualité.

Situations à haut risque de récidive qu'il faut que j'évite à tout prix

1. Être seul ou penser être seul avec un enfant de six ans et plus.
2. Participer aux soins des enfants (bain, coucher, lever).
3. Jeux avec contacts physiques.
4. Utiliser mes erreurs de pensées pour justifier mon comportement sexuel déviant.
5. M'exciter avec des fantasmes sexuels impliquant un enfant.

J'ai lu le plan de prévention contre la rechute décrit aux pages précédentes et j'ai eu la possibilité de poser des questions afin de mieux comprendre. J'ai eu la possibilité de fournir des informations complémentaires et des suggestions pour améliorer ce plan. Je suis d'accord pour appuyer ce plan et je ferai tout ce qui m'est possible de faire pour que ce plan ait les résultats attendus. Ce plan doit être signé par toutes les personnes qui sont impliquées dans ma réhabilitation, incluant ma conjointe, mon agent de probation, les intervenants au centre jeunesse, etc.

_____	_____
Signature	Date
_____	_____
Signature	Date
_____	_____
Signature	Date
_____	_____
Signature	Date
_____	_____
Signature	Date

résolution des conflits liés à leur propre victimisation de violence physique et/ou sexuelle si tel est le cas ; 8) de se situer face à leur relation de couple. Sur le plan thérapeutique, les femmes font face à des choix qui correspondent aux quatre mandats exposés plus haut.

Groupe pour les couples : apprentissage des habiletés de communication et sexualité

Après 45 semaines de traitement, les hommes et les femmes ont intégré suffisamment les apprentissages ciblés par les modules précédents pour être réunis dans le groupe pour les couples. Ce module a une durée de 18 semaines. Nous favorisons une intégration

d'un modèle de communication de type sociocognitif (Wright et Sabourin, 1985; voir aussi le chapitre 4). Le but principal de ce groupe est de développer et d'augmenter la capacité des participants à vivre des relations interpersonnelles avec des adultes, et plus particulièrement d'accroître l'intimité et l'interdépendance dans le couple. Pour ce faire, les conjoints développeront leurs habiletés d'écoute, de communication et d'expression des sentiments positifs. Ils identifieront leurs besoins et apprendront à les exprimer. De plus, ils apprendront à mieux résoudre les problèmes et conflits conjugaux et à mieux gérer leur colère. Nous travaillons aussi au niveau de la répartition des rôles et de l'établissement des règles dans la famille. L'ensemble de ces apprentissages permettra de développer des relations conjugales et familiales plus satisfaisantes (règles, rôles et frontières adéquates).

Une autre étape du traitement prévoit pour le couple le développement d'une réponse sexuelle (saine et normale) accompagnée d'une information concernant la sexualité. L'intégration d'une connaissance sexuelle appropriée servira à éliminer certains mythes et aidera les conjoints à développer leurs habiletés en ce qui concerne l'établissement de relations « interpersonnelles » plus efficaces avec leur partenaire ou avec les adultes en général. Pour plusieurs couples, il sera toutefois nécessaire de travailler les dysfonctions sexuelles souvent présentes depuis plusieurs années, tel que décrit au chapitre 7.

Cibles d'interventions auprès du couple

L'intervenant doit voir le couple comme un système et observer ce qui est dit et non-dit. Voici un résumé des cibles sur lesquelles il doit porter son attention:

- les luttes de pouvoir dans le couple;
- la capacité d'alliance thérapeutique et la façon dont elle se manifeste;
- le rôle et les compétences parentales que les parents adoptent auprès des enfants;
- les frontières entre les parents et les enfants;
- l'expression des émotions et des besoins;
- l'expression de l'affection;
- la prise de décisions;
- la gestion des problèmes (utilisation de la violence ou non);
- le degré de tolérance des différences individuelles;
- le rôle des enfants dans les conflits parentaux;
- les règles familiales explicites ou implicites;
- les sujets (zones) sensibles, délicats ou ceux qui ne sont pas abordés (secrets);
- la flexibilité, la souplesse ou la rigidité lors de l'expression de nouvelles idées ou face à de nouvelles situations;
- les valeurs familiales, religieuses ou culturelles qui prévalent dans le couple.

Questions importantes

Il y a des thèmes sur lesquels les conjoints devront se questionner au cours du cheminement du couple. Le clinicien doit aider les partenaires à devenir plus conscients de ces thématiques et à trouver les réponses les mieux adaptées à leur situation. Voici ces thèmes.

- Comment veulent-ils voir évoluer leur relation ?
- Comment peuvent-ils continuer à être parents ensemble ?
- Comment le père prendra-t-il sa place dans la famille après le traitement ?
- Comment prendront-ils les décisions ?
- Qui interviendra auprès des enfants ?
- Comment géreront-ils les soins et les besoins des enfants ?
- Est-ce qu'ils réussissent à utiliser les habiletés de communications et de résolution des problèmes ?
- Comment peuvent-ils se sortir du cycle de la violence, si elle a été présente ?
- Comment prévenir toute récidive sexuelle ?
- Comment gèrent-ils leur crainte d'une récidive de l'agression ?
- Comment vivent-ils leur sexualité et gèrent-ils les problèmes qu'ils rencontrent à ce sujet (p. ex., le désir, les dysfonctions sexuelles) ?
- Comment réussissent-ils à exprimer et à satisfaire leur besoin d'affection ?
- Quels liens font-ils entre leur vécu dans leur famille d'origine et celui de leur propre famille ?
- Quels rôles accordent-ils aux membres de leur famille d'origine dans leur vie de couple ?

Consolidation des acquis et fin du traitement

Au fur et à mesure que le traitement avance, le travail thérapeutique vise à consolider les apprentissages des partenaires. À la fin du traitement, le clinicien s'assure que :

- les parents comprennent bien le plan de prévention de la récidive et les moyens à prendre pour éviter toute forme de récidive ;
- les enfants (lorsque l'âge le permet) comprennent également les facteurs qui ont joué un rôle dans le maintien du problème (p. ex., le secret) et l'importance de réagir s'ils ressentent un malaise ;
- la mère utilise des moyens de protection envers ses enfants ;
- le père a intégré des comportements relationnels et sexuels adaptés ;
- le couple se sert de ses habiletés de communication afin d'exprimer ses besoins et de résoudre ses différends ;

- le couple connaît des ressources d'aide et les utilisera au besoin ;
- les partenaires et les enfants affichent une baisse significative des symptômes psychologiques cliniques.

Intervention auprès des sous-systèmes familiaux

L'agression sexuelle survient souvent dans des familles où les frontières sont floues, mal définies ou très confuses tout en présentant souvent des secrets sur différents aspects de leur vie. C'est pourquoi les différents services impliqués doivent se concerter afin de partager les informations et leur compréhension des différents aspects des problèmes de ces familles. Il sera important d'entendre la fratrie, la famille d'origine et les intervenants sociaux. Les rencontres avec la fratrie sont importantes afin de permettre aux frères et sœurs de partager et d'exprimer leurs craintes, leur confusion et leur colère à propos des agressions sexuelles, mais aussi à propos de leur propre carence ou des traumatismes subis. Si l'agresseur est un membre de la fratrie, il devient important d'aider la famille à :

- établir des comportements appropriés à l'endroit des autres enfants ;
- rétablir les frontières ;
- permettre l'expression de la culpabilité et des remords si tel est le cas pour l'agresseur ou d'autres membres de la fratrie ;
- exprimer la colère pour ce qui lui arrive ;
- clarifier des enjeux de jalousie envers la victime qui est perçue comme ayant reçu des attentions spéciales ;
- explorer les mécanismes de protection de la fratrie à l'intérieur et à l'extérieur de la famille.

C. Évaluation de l'efficacité du programme PETAS

Une étude (Lussier *et al.*, 2002) a permis d'évaluer les changements psychologiques et relationnels chez des agresseurs et leur conjointe qui ont pris part aux différentes étapes du programme PETAS. L'échantillon de départ est composé de 78 hommes et de 58 femmes. Nous observons des différences significatives chez les hommes et les femmes entre la première évaluation par questionnaires (c.-à-d. avant la participation au programme de traitement) et la fin du groupe d'orientation. Ainsi, il y a une diminution des symptômes psychologiques, (cote globale et sous-échelles : dépression, anxiété, problèmes cognitifs et hostilité). Il y a une augmentation de l'estime de soi et de la satisfaction sexuelle. Il y a aussi une augmentation de l'empathie affective chez les hommes. Au niveau des échelles de personnalité, il y une augmentation de l'amabilité, une diminution du névrotisme et une augmentation de la conscience (hommes seulement).

Entre la première évaluation et la fin du groupe de sensibilisation voilée, les hommes manifestent une diminution significative des symptômes psychologiques, une augmentation du niveau de l'empathie cognitive et une diminution des traits liés au névrotisme. Entre la première évaluation et la fin du groupe de prévention de la récidive, on note encore une diminution des symptômes psychologiques et une augmentation de l'estime de soi. Aux échelles de personnalité, il y a une diminution du névrotisme et une augmentation de la conscience. La diminution des symptômes psychologiques demeure significative entre l'entrée dans le programme et la fin du groupe de communication.

4. ÉTUDES DE CAS

Vignette clinique – Cécile et Roger

Roger et Cécile sont parents de quatre enfants : trois filles, Alexandra, 13 ans, Corinne, 10 ans, et Marie, 9 ans, ainsi qu'un garçon de 7 ans, Constan. Monsieur a eu des rapports sexuels avec deux de ses filles et avait fait du harcèlement sur l'autre. Il n'y a pas eu d'agression sur son fils. Les gestes posées par monsieur vont des attouchements et masturbation à la pénétration. Cette famille a été prise en charge dans le cadre de la *Loi sur la protection de la Jeunesse*.

Corinne avait dévoilé les faits à sa mère trois ans auparavant et il n'y avait plus eu de récidive depuis. En 2003, l'une des enfants parle des agressions subies par le père à l'école, ce qui entraînera l'intervention de la DPJ et des policiers. En 2000, à la suite de la première divulgation à la mère, le système familial s'est replié sur lui-même. Bien que la mère n'ait jamais interdit aux enfants d'en parler, elles savaient de façon implicite qu'il y aurait des conséquences pour leur père si elles en parlaient. À cette époque, le père avait parlé d'aller chercher de l'aide, ce qu'il n'a jamais fait. Lors du dévoilement, en 2003, le père a collaboré et reconnu tous les faits immédiatement. Il fut incarcéré sur-le-champ pour une semaine et les enfants furent placés chez la sœur de monsieur. Madame est demeurée en soutien à son conjoint dès le début et souhaitait maintenir la relation. Elle croyait à sa capacité de prendre le contrôle sur son comportement déviant, d'autant plus qu'il n'y avait pas eu de récidive depuis trois ans. Le père fut toutefois interdit de contact avec ses enfants par le tribunal. Madame se sentait coupable de placer ses enfants, car elle ne se sentait pas en mesure d'assumer la garde seule.

Cette famille présente des caractéristiques de négligence et on note des lacunes importantes au plan de l'hygiène, tant des lieux qu'au plan physique et vestimentaire. Les services psychosociaux et psychologiques dispensés à la famille sont présentés au tableau 16.1.

TABLEAU 16.1
Services psychosociaux et psychologiques dispensés à la famille de Cécile et Roger, 2003–2005

Membre de la famille	Thérapie de groupe	Thérapie individuelle	Thérapie de couple	Thérapie familiale	Dyade parent-enfant	Autres
Couple	**Étape 1** Gr. orientation 9 semaines		Tout au long du processus			
Père	**Étape 2** Gr. sensi. voilée 18 semaines **Étape 3** Gr. Satiété et prévention récidive 18 semaines	**Étape 2** Psychologue 1 an	**Étape 4** Gr. de couples 18 semaines	**Étape 5** Après 1½ an de traitement	**Étape 6** Après 1½ an de traitement	
Mère	**Étapes 2, 3, 4** Gr. femmes 27 semaines	**Étape 1** Intervenante sociale 2 ans	**Étape 4** Gr. de couples 18 semaines	**Étape 5** Après 1 an de traitement	**Étape 1** Mère-enfants Tout au long du processus	
Enfant 13	**Étape 1** Gr. victimes 18 semaines	**Étape 1** Psychologue 1 an		**Étape 4** Après 1 an de traitement	**Étape 1** Mère-enfants Tout au long du processus	Placement en famille d'accueil (FA) et centre d'accueil (CA) : 8 mois avec suivi psy en CA
Enfant 10		**Étape 1** Psychologue 1 an		**Étape 4** Après 1 an de traitement	**Étape 1** Mère-enfants Tout au long du processus	Placement en FA 8 mois
Enfant 9		**Étape 1** Psychologue 1 an		**Étape 4** Après 1 an de traitement	**Étape 1** Mère-enfants Tout au long du processus	Placement en FA 8 mois
Enfant 7		**Étape 1** Psychologue 1 an		**Étape 4** Après 1 an detraitement	**Étape 1** Mère-enfants Tout au long du processus	Placement en FA 8 mois

Les étapes indiquent l'ordre dans lequel les interventions ont été effectuées.

4.1. Phase d'évaluation de Cécile et Roger

D'abord, avant de faire son entrée dans le programme de traitement, le couple a été rencontré pour une évaluation. La procédure d'évaluation leur est exposée. Elle a été réalisée selon les trois étapes présentées plus haut. Au terme des entrevues individuelles et de couple, le clinicien a rencontré les conjoints afin de leur présenter les étapes des programmes de traitement mis de l'avant par les centres jeunesse, leur durée et les objectifs. Il a aussi répondu à leurs questions. Les deux étaient anxieux face au processus de groupe ; madame craignait particulièrement de se retrouver en présence d'autres hommes. Nous leur avons expliqué les objectifs de la première étape (groupe d'orientation) et précisé que les hommes ne peuvent décrire les gestes sexuels qu'ils ont fait subir aux enfants. L'emphase est mise sur l'importance de recevoir un soutien de la part des gens qui vivent la même réalité qu'eux. Il fut également mentionné à madame que si le processus crée davantage de malaise, nous l'intégrerons alors au groupe pour femmes. Malgré la difficulté anticipée d'avoir à communiquer devant d'autres personnes, ils ont accepté de signer le contrat thérapeutique. Ce contrat précise les règles de fonctionnent dans les groupes de traitement, les règles relatives à la confidentialité, celles permettant de communiquer des renseignements aux intervenants impliqués auprès de la famille (juge, DPJ) et enfin les motifs de signalement. Ils ont également accepté de se rendre à la première rencontre la semaine suivante.

A. Résultats de l'évaluation de monsieur

Roger est issu d'une famille dysfonctionnelle où l'on retrouve de la négligence et de la violence psychologique et sexuelle. Monsieur fut atteint de paraplégie spastique vers l'âge 13 ans, ce qui a entraîné des difficultés pour la marche. Il fut l'objet de violence psychologique tout au long de son adolescence par des jeunes de son entourage. Il fut affecté tant dans son image que son estime de lui. Monsieur a également eu des problèmes de consommation de drogue (cannabis, cocaïne) et d'alcool à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il est cependant en contrôle depuis plusieurs années. Cette consommation a eu des répercussions importantes, car il fut impliqué dans des activités délinquantes qui ont entraîné des périodes d'incarcération. Il a des antécédents liés à la drogue (possession et trafic) de même qu'une participation à un vol qualifié. Il a également échoué à un alcootest et fut reconnu coupable d'une fraude. Monsieur n'a jamais pu occuper un emploi stable. Il a vécu de prestations d'aide sociale mais aussi de récupération et de troc.

Au moment de l'évaluation initiale, monsieur présentait des symptômes importants de dépression et d'anxiété. Nous ne retrouvons pas de réaction traumatique liée aux agressions sexuelles et à la violence psychologique subie. Au moment de l'évaluation, il était inquiet pour ses enfants et pour sa famille et nous retrouvons chez lui une capacité d'empathie et une responsabilisation conforme à ce qu'il a exprimé depuis le début du processus du dévoilement. En ce qui a trait à sa personnalité, il démontre

de la vulnérabilité et une mauvaise estime de lui-même et il ressent beaucoup de culpabilité. Il est chaleureux et généreux. C'est une personne plutôt terre-à-terre, naïve, assez conventionnelle, prudente et conservatrice, aimant une certaine routine. Il est prudent dans ses actions et assez persévérant. Toutefois, au plan de sa structure cognitive face à la sexualité, nous retrouvons des distorsions cognitives impliquant des enfants et il est au seuil en ce qui concerne la perception liée au viol. Dans son couple, il rapporte subir de la violence psychologique mais se dit très satisfait de sa relation. Il a un style d'attachement craintif, ce qui signifie qu'il est inquiet à l'idée d'être abandonné, a besoin d'être sécurisé, mais évite de se rapprocher de sa conjointe. Il exprime être plutôt satisfait au plan affectif et sexuel (pas de dysfonction sexuelle chez monsieur) et identifie une forte capacité de consensus et de cohésion avec sa femme. Il souhaite maintenir sa relation à long terme. Nous notons quand même que monsieur réagit à la jalousie de sa conjointe. En effet, celle-ci réagissait avec émotion (colère) à chaque fois qu'elle avait l'impression que monsieur était en contact ou simplement s'il regardait en direction d'une autre femme.

B. Résultats de l'évaluation de madame

Cécile est issue d'une famille négligente où elle fut victime de différents sévices physiques et sexuels par son père et l'un de ses frères de façon régulière (plusieurs fois par semaine par le frère). Elle fut également agressée sexuellement sur une base hebdomadaire par des jeunes de son école qui l'exploitaient au su de son frère. Elle s'est développée dans un milieu où la violence verbale et physique était présente tant dans le couple qu'envers les enfants. Sa mère était celle qui agissait la violence verbale et physique sur les enfants et sur son conjoint. De plus, celle-ci ne l'a pas crue quand elle lui a parlé des agressions qu'elle subissait.

Les résultats de l'évaluation par questionnaires présentent des symptômes psychologiques atteignant les seuils cliniquement significatifs sur les échelles de dépression, d'anxiété, d'hostilité et, évidemment, sur les plans de l'attention et de la concentration. De plus, Cécile est aux prises avec des symptômes de stress posttraumatique en lien avec les événements reliés au dévoilement des agressions sexuelles sur ses enfants, mais aussi sur ceux qu'elle a vécus dans son enfance et à son adolescence. Elle présente des capacités d'empathie envers ses enfants et son conjoint. Elle a une personnalité anxieuse, introvertie, peu affirmative et réservée. Elle est désorganisée et négligente face à son travail. Elle ferait preuve de procrastination et poursuivrait peu d'objectifs professionnels. En fait, madame serait plutôt accommodante et préférerait composer avec la réalité quotidienne plutôt que de faire des plans. Elle serait plutôt hédoniste. Il y a présence d'indices d'égocentricité et d'impulsivité marqués. Nous ne retrouvons pas de distorsions cognitives en regard de la sexualité sur les échelles concernant la sexualité impliquant des enfants, le viol et le droit à la sexualité. Enfin, nous notons chez madame une peur d'être abandonnée dans son attachement à son conjoint.

Au plan conjugal, nous pouvons noter qu'elle subit et utilise la violence psychologique envers son conjoint et peut utiliser également la violence physique. Elle reconnaît également être violente verbalement à l'occasion envers ses enfants. Elle n'utilise pas la violence physique à leur égard. L'évaluation de l'adaptation conjugale indique qu'elle se sent dans l'ensemble satisfaite de sa relation, même si elle se dit insatisfaite au plan de l'expression affective et sexuelle. À ce niveau, nous notons que madame souffre de dysfonction sexuelle : aversion et dégoût pour les pratiques orales-génitales, incapacité de prendre l'initiative et dégoût pour l'éjaculation, absence de désir. Par ailleurs, nous notons une perception de forte capacité de consensus et de cohésion avec son conjoint et elle exprime clairement sa volonté de poursuivre la relation.

Malgré cette perception positive de sa relation, ce couple présente des lacunes au plan de la communication sur différents aspects liés à la gestion des conflits. En effet, il peut y avoir rapidement des réponses impliquant de la violence psychologique de la part de madame, particulièrement sur les thèmes portant sur les sorties de monsieur avec ou sans elle ou sur les relations sociales. Nous pouvons noter des déficits dans la capacité de résoudre les problèmes et, souvent, il y a bris de communication et/ou prise de décision unilatérale, ce qui accroît les tensions. Madame a eu tendance à être passive sur plusieurs aspects de l'organisation des tâches et laissait à monsieur plusieurs responsabilités en lien avec les soins aux enfants. Quant à monsieur, il accumulait les frustrations et n'exprimait pas ses besoins. Il se victimisait sous un mode passif-agressif et a investi ses enfants au plan érotique au lieu d'assumer les décisions permettant de répondre adéquatement à ses besoins. Son handicap physique et sa faible capacité d'affirmation de même qu'une image et une estime de soi négatives ont favorisé l'ensemble de ces choix dysfonctionnels. La difficulté d'intimité est également liée aux symptômes posttraumatiques chez madame suite aux agressions subies dans son enfance et son adolescence et au dévoilement du comportement sexuel de son conjoint. Chacun des conjoints présente des déficits importants au plan de l'expression de la pensée et au plan émotif. En effet, nous pouvons noter une forte tendance à contenir les émotions et à les rationaliser et une tendance à éviter l'expression.

4.2. Programme de traitement : évolution de Cécile et Roger

Le groupe d'orientation adulte est la porte d'entrée du programme d'évaluation et de traitement des agressions sexuelles aux CJMCQ. Il s'agit d'un groupe mixte formé de parents agresseurs et de parents non agresseurs (dans la majorité des situations, ce sont les conjointes des abuseurs). La session a une durée minimale de neuf semaines et les objectifs du groupe d'orientation adultes sont les suivants :

- clarifier la responsabilité de l'agression sexuelle subie par l'enfant ;
- commencer à exprimer ses besoins, ses sentiments, ses émotions en rapport avec les conséquences de l'agression sexuelle et son dévoilement ;
- obtenir du soutien par des personnes partageant un vécu semblable ;

- briser l'isolement ;
- commencer à comprendre les conséquences de l'agression sexuelle ;
- favoriser le développement d'empathie à l'égard des victimes et de leur mère.

À cette première étape du traitement, nous pouvons noter que monsieur était motivé et qu'il a su progressivement délaisser des attitudes prudentes, à la limite de la désirabilité sociale, pour devenir plus impliqué et surtout plus authentique. Dès l'évaluation, il a reconnu les faits et sa responsabilité. À ce niveau cependant, il avait tendance au début à rationaliser et à considérer le problème comme étant sous contrôle. Encore ici, il a été en mesure de prendre conscience de certains enjeux et de remettre en question certaines de ses justifications. En fait, il reconnaîtra l'importance du dévoilement, car une fois l'alliance thérapeutique mieux établie, monsieur reconnaîtra avoir été en contrôle bien qu'il demeurait toujours excité sexuellement par ses pensées sexuelles déviantes.

Monsieur s'est donc impliqué activement et fut en mesure de tirer profit du processus d'entraide proposé dans le groupe. En ce sens, il a fait preuve d'intégration et non d'exclusion. Il fut en mesure de manifester des capacités d'empathie à l'égard des autres participants et d'augmenter sa compréhension des conséquences de son comportement sur ses enfants, sa femme et sa famille. Nous avons vu madame s'investir adéquatement (dans le même groupe initial), bien que le processus de groupe soit exigeant du fait de sa forte tendance au retrait. Elle a particulièrement réagi quand nous avons exposé le processus de l'agression (modèle de Khan, 1993). Le modèle indique les différentes étapes conduisant à l'agression et met en évidence le développement de la motivation à agir, la structure cognitive associée (distorsion cognitive), la planification et les stratégies utilisées par l'agresseur pour surmonter les résistances de la victime.

Ce fut donc l'occasion de prendre conscience clairement que le comportement sexuel déviant reposait sur le développement d'une motivation spécifique et qu'il y avait intentions réelles et planification. Cette étape a permis à madame de mieux confronter son conjoint, dans le groupe et en thérapie conjugale, et de commencer à exprimer ses émotions (peine et colère), ce qui a aidé son conjoint à prendre davantage la mesure des conséquences des agressions qu'il avait commises sur ses enfants mais aussi sur celles que portait sa femme suite au dévoilement et sur celles qu'elle avait subies auparavant. Pendant quelques semaines, madame fut ambivalente face au maintien de la relation. Elle a toutefois pris la décision de poursuivre sa relation de couple à la fois pour des enjeux de dépendance et devant les réponses plus empathiques de son conjoint à son égard et face aux enfants. Nous notons que pour madame, le choix de son conjoint repose en partie sur le fait qu'il n'est pas un homme menaçant pour elle. Il faut se souvenir que son expérience familiale et sociale a été contaminée par des expériences de violence physique et sexuelle et que son conjoint représente un modèle non menaçant.

À cette étape, nous assistons à un début d'ouverture dans le couple. Les problèmes d'ajustement et les cibles problématiques furent abordés mais toutes ne purent être traitées. L'emphase fut mise sur les problèmes en lien avec les réactions des enfants placés en famille d'accueil de retour avec leur mère la fin de semaine. Ils ont du commencer à échanger sur un mode autre que l'affrontement. Ceci dit, monsieur a dû faire face avec empathie à la colère de sa femme qui se sentait débordée par la tâche parentale. Il fut assez efficace pour que madame puisse percevoir un changement, ce qui permit un début d'échanges empathiques entre eux. Monsieur fut amené à expérimenter différentes stratégies de soutien dans le cadre des processus de groupe et de couple et réussit à les mettre en action et à les maintenir dans son couple. Madame, quant à elle, dut faire preuve d'autorité et apprendre à s'affirmer efficacement tant dans son couple qu'auprès des enfants, car, avec l'aînée, il y avait confusion dans les rôles. Au cours de cette étape, le père fut en soutien au plan affectif et dut également modifier sa contribution, car il n'avait plus accès aux enfants. Ils ont tout de même réussi à se rencontrer et à commencer à redéfinir leurs besoins.

Monsieur et madame ont poursuivi leur processus thérapeutique dans des groupes distincts, mais de façon parallèle. Monsieur travaillait sur les enjeux de sa déviance sexuelle (sensibilisation voilée, satiété verbale et prévention de la récidive pendant 36 semaines) et madame s'impliquait dans le groupe s'adressant aux mères des victimes afin de mieux se situer dans son rôle de mère, de traiter les conséquences du dévoilement et de résoudre les agressions qu'elle avait subies elle-même (27 semaines).

Parallèlement à ces étapes, monsieur a dû être suivi en thérapie individuelle, car il présentait des symptômes de dépression au fur et à mesure qu'il était confronté à l'ampleur des conséquences de son comportement. Par ailleurs, cette réaction dépressive correspondait à une augmentation de sa capacité d'empathie et a permis le développement de nouvelles compétences qui se sont actualisées progressivement. Madame, quant à elle, a été amenée à travers les processus de groupe à se repositionner comme mère et comme épouse. En effet, le couple a dû revoir tous les problèmes liés à la gestion des soins aux enfants et le rôle que madame devait maintenant assumer, contrairement à sa démission d'auparavant.

Après 45 semaines de traitement, soit après que monsieur eut maîtrisé les étapes liées au contrôle de l'excitation sexuelle déviante et défini un plan de prévention de la récidive, monsieur et madame furent intégrés au processus de groupe pour les couples. Le processus fut alors centré sur l'apprentissage des habiletés de communication dans le couple et sur le développement d'une saine sexualité. Le développement de leur capacité d'expression et d'écoute a favorisé une augmentation de leur satisfaction au plan affectif. Au début, madame et monsieur trouvaient difficile de prendre l'initiative dans les échanges ; ils ont pris conscience qu'ils donnaient peu d'informations à l'autre conjoint, ce qui limitait leur rapprochement. De plus, il était noté qu'ils hésitaient à poser des questions de peur de blesser l'autre. La prise de conscience de leurs croyances irrationnelles dans le processus de communication a permis de progresser plus

rapidement. Ils ont eu également à apprendre à mieux résoudre les problèmes et à expérimenter un mode de communication plus respectueux en cas de désaccord (voir le chapitre 4). Il fut noté que monsieur était plus conscient des conséquences de son comportement sexuel déviant et qu'il avait tendance à respecter davantage les positions et l'opinion de sa conjointe. La compréhension de ce processus a facilité l'implication des deux conjoints dans la thérapie. Ils exprimaient plus de satisfaction à chercher ensemble comment résoudre les problèmes. L'expérimentation des nouvelles habiletés de résolution de problèmes en dyade, dans le groupe et à domicile, a permis de mieux circonscrire les difficultés d'ajustement et de corriger les attitudes et stratégies moins efficaces.

Les enjeux entourant la sexualité furent par la suite abordés, ce qui a soulevé beaucoup d'angoisse au début. Il a fallu revoir les données de base à propos du développement normal de la sexualité et proposer une mise en situation progressive afin de permettre de maîtriser les apprentissages mutuels (voir le chapitre 7) Des exercices de type *sensate focus* furent proposés et expérimentés, ce qui permit au couple d'amorcer des échanges plus constructifs et de mieux gérer l'angoisse associée. Ces épreuves de concentration sensorielle permettent à chacun de se recentrer sur son corps, de porter une attention particulière aux sensations perçues, de sortir du cercle vicieux de l'échec (p. ex., une défaillance entraîne un stress lors des rencontres sexuelles suivantes, ce stress créant à nouveau une source de problèmes). L'exploration du corps devient progressivement une expérience gratifiante tant pour le donneur que pour la personne qui reçoit (Masters et Johnson, 1971). Nous avons vu le couple exprimer davantage de satisfactions, prendre des initiatives et développer sa capacité à vivre du plaisir et de l'intimité. Le couple a eu à traiter des thèmes incontournables dans ce type de problématique :

- les *flashbacks* de madame lors de rapports sexuels, qu'ils soient reliés à ses propres agressions subies ou à ce que son conjoint avait fait ;
- les difficultés liées à la perte de désir dans le couple ;
- l'importance de la tendresse ;
- l'expression de leurs besoins et de leurs fantasmes ;
- le rôle de chacun dans la prise d'initiative au plan sexuel (voir le chapitre 7).

Parallèlement à ce processus, Madame fut soutenue au plan individuel afin de développer et maintenir ses acquis dans la gestion des interactions et de ses compétences avec les enfants. Elle a eu à travailler à la maîtrise de son anxiété sur les enjeux liés à la sexualité. Elle fut accompagnée dans le processus de réintégration des enfants au domicile familial. Cette transition ne fut pas sans heurt, car les enfants ont réagi à tour de rôle de différentes façons. Madame a eu à gérer une opposition et un refus de son autorité chez la plus âgée. Celle-ci a d'ailleurs dû être placée en centre d'accueil afin de l'aider à contenir sa colère et mieux respecter un cadre de vie. Madame a donc pris le

contrôle de la situation progressivement et fut soutenue par son conjoint, même si ce dernier ne pouvait pas encore revenir à la maison. Après un an et demi, monsieur a pu répondre aux questions de ses enfants et amorcer le processus de reconstruction familiale. En effet, il a su se responsabiliser face à son comportement et adopter des attitudes adéquates : écoute, empathie, compréhension, cohérence, fermeté, respect des limites de ses enfants. Monsieur est revenu vivre avec sa famille après 22 mois de retrait.

Au terme du traitement, nous notons des améliorations sur différents aspects.

Chez monsieur :

- une stabilisation de son humeur, soit une absence d'éléments dépressifs ;
- une augmentation de sa capacité d'empathie ;
- une plus grande sensibilité aux autres ;
- le développement d'une structure cognitive appropriée, par opposition aux distorsions qu'il présentait au début de son traitement ;
- la maîtrise d'une procédure d'autocontrôle ;
- le développement et la compréhension d'un plan de prévention de la récidive ;
- une plus grande satisfaction au plan conjugal ;
- de meilleures habiletés de communication et de résolution de problème.

Chez madame :

- une baisse significative des symptômes de dépression (qui demeurent toutefois près du seuil clinique), une baisse significative de l'agressivité, un contrôle de l'anxiété, mais des difficultés entourant les problèmes d'attention et de concentration ;
- une augmentation de sa capacité d'empathie ;
- une baisse de ses attitudes de violence dans le couple ;
- une amélioration de sa satisfaction sexuelle, qui ne présente plus les dysfonctions initiales ;
- de meilleures réponses affectives aux enfants.

Dans le couple :

- une augmentation de l'habileté à communiquer, tant sur le mode d'écoute que d'expression ;

- une cohérence accrue dans le processus de prise de position par une meilleure implication des deux partenaires et une meilleure répartition du pouvoir décisionnel ;
- une augmentation de la satisfaction affective et sexuelle (fréquence et capacité de plaisir) ;
- une meilleure gestion de la colère ;
- une bonne compréhension du plan de prévention de la récidive dans le couple.

Nous avons fait un retour avec le couple 24 mois plus tard et nous pouvons observer le maintien de l'ensemble des apprentissages. Monsieur et madame expriment de la satisfaction face à leur relation et réussissent à garder leur cohésion et une bonne capacité de consensus. Ils ont bien défini leurs rôles face aux enfants et monsieur respecte le plan de prévention de la récidive. Les difficultés qu'ils rencontrent sont liées aux conséquences des agressions pour les enfants. Ils ont eu à faire face à des comportements d'opposition chez la plus jeune des filles qui ont nécessité des mesures d'encadrement spécifiques. Les deux autres enfants sont stabilisés et ont repris un développement plus sain.

Le deuxième cas est présenté en contrepoids au premier pour illustrer les vicissitudes d'une situation thérapeutique qui se termine sur une récidive de l'agression sexuelle incestueuse. L'analyse du cas rejoint la documentation scientifique et clinique soulignant la présence, dans ce secteur d'intervention, de taux de rechute élevés. De plus, elle montre les signes avant-coureurs d'échecs thérapeutiques : *a)* la gravité des sévices sexuels commis ; *b)* les comportements de coercition et de violence physique à l'égard du conjoint ; *c)* l'intensité des stresseurs occupationnels et sociaux concurrents ; *d)* les mensonges chroniques chez le père agresseur à propos de problèmes cliniquement significatifs de consommation de substances psychoactives et la passivité de la conjointe devant ces omissions ; *e)* le refus de suivre certaines recommandations thérapeutiques clés (p. ex., thérapie individuelle parallèle ou médication) ; *f)* des parents ayant tous deux vécus leur enfance au sein d'environnements familiaux hautement toxiques marqués par la violence physique et sexuelle. Enfin, cette analyse invite au réalisme, à la prudence et à la nécessité de ne pas sous-estimer la gravité des troubles psychopathiques chez cette clientèle.

Vignette clinique – Josée et André

En juillet 2002, André, 31 ans, et Josée, 26 ans, sont référés à nos services à la suite du dévoilement de l'agression sexuelle de monsieur sur sa fille de 7 ans, Josiane. Les agressions ont commencé au moment où cette dernière était âgée de 5 ans et elles ont duré deux ans. Monsieur est reconnu coupable et il reçoit une sentence de deux ans à purger dans la collectivité avec un suivi probatoire de deux ans. La situation des enfants est également encadrée par des mesures judicaires au tribunal de la

protection de la jeunesse. Monsieur et madame sont également parents d'un garçon âgé de 6 ans qui fut l'objet de violence physique et surtout de violence psychologique. Les conjoints vivent ensemble depuis huit ans et lorsqu'ils se sont connus, monsieur était âgé de 21 ans et madame de 16 ans. Les faits allégués ne furent pas tous reconnus par monsieur au début de l'évaluation, même s'ils avaient été clairement démontrés. Monsieur a commis des agressions graves avec pénétration envers son enfant. À la suite de ce dévoilement, monsieur quitte le foyer familial sans qu'il y ait séparation du couple. Il revient après un an.

Voici d'abord, avant d'aborder le cas en détail, un bref synopsis résumant l'évolution de la situation. Monsieur et madame demeurent ensemble tout au long du processus de traitement, qui s'est échelonné sur une période de 45 semaines de traitement. Nous notions toutefois des difficultés importantes d'ajustement dans le couple et une fragilité chez monsieur. Ce dernier franchit l'ensemble du processus de traitement puis, à l'étape impliquant plus directement le couple, monsieur récidive sur sa fille avec plus de violence. À ce moment, la consommation quotidienne intensive de cannabis chez monsieur constitue une nouvelle information au dossier. Il est arrêté et incarcéré pour une période de deux ans moins un jour avec une période de probation de deux ans suite à sa sortie du pénitencier. Monsieur est réadmis au programme de traitement à sa sortie, au moment où il vit en maison de transition. À la suite de la récidive, madame prend la décision de mettre fin à leur relation. Cette décision est encore maintenue à ce jour. Les services psychosociaux et psychologiques dispensés à la famille sont présentés au tableau 16.2.

4.3. Phase d'évaluation de Josée et André

Avant de recevoir des services du programme de traitement, le couple est soumis à la même procédure d'évaluation en trois étapes déjà mentionnée au présent chapitre. Le couple est alors disposé à débuter dès la semaine suivante, malgré les craintes et une très grande méfiance de monsieur face au processus de groupe.

A. Résultats de l'évaluation de Monsieur

André présente beaucoup d'instabilité au travail, ayant occupé pas moins de 27 emplois au cours des dix dernières années. Il indique avoir eu des difficultés avec l'autorité, mais ne précise pas davantage la nature de ses problèmes. Au moment de l'évaluation, il travaille comme journalier dans une petite entreprise et exprime encore beaucoup de ressentiment tant vis-à-vis ses tâches qu'envers ses patrons et ses collègues. Il n'a pas d'autres antécédents de délinquance à l'adolescence ni à l'âge adulte. Monsieur n'a aucun loisir organisé et n'a pas l'habitude de sortir dans les bars. De fait, monsieur a un réseau social très restreint. Tout son temps est dévolu à sa famille et à son travail.

TABLEAU 16.2
Services psychosociaux et psychologiques dispensés à la famille de Josée et André, 2003-2005

Membre de la famille	Thérapie de groupe	Thérapie individuelle	Thérapie couple	Thérapie familiale	Dyade parent-enfant	Autres
Couple	**Étape 1** Gr. orientation 9 semaines					
Père	**Étape 2** Gr. Sensi. voilée 18 semaines **Étape 3** Gr. Satiété et prévention récidive 18 semaines	Monsieur a refusé la thérapie individuelle	**Étape 4** Gr. couples 18 semaines non complétées en raison de la récidive	**Étape 5** Après 1 an de traitement Lors de sa réintégration	**Étape 6** Après 9 mois de traitement Supervisé par une professionnelle DPJ	Médecin Antidépresseur et anxiolytique
Mère	**Étape 2, 3, 4** Gr. femmes 27 semaines	**Étape 1** Intervenante sociale 2 ans	**Étape 4** Gr. couples 18 semaines Non complétée en raison de la récidive	**Étape 5** Après 1 an de traitement	**Étape 1** Mère-enfants Tout au long du processus	Médecin Polyarthrite rhumatoïde
Enfant 7 ans		**Étape 1** Psychologue IVAC 2 ans A repris à la suite de la récidive		**Étape 3** Après 1 an de traitement	**Étape 2** Mère-enfants Tout au long du processus	Placement en famille d'accueil ; répits occasionnels ; soutien à la mère
Enfant 6 ans		**Étape 1** Psychologue 1 an IVAC		**Étape 3** Après 1 an de traitement	**Étape 2** Mère-enfants Tout au long du processus	Placement en famille d'accueil ; répits occasionnels ; soutien à la mère

Les étapes indiquent l'ordre dans lequel les interventions ont été effectuées.

Les conjoints fréquentent surtout la famille de madame de même que le frère de monsieur. Ce dernier n'est plus en contact avec sa mère depuis plusieurs années suite à des conflits majeurs.

L'enfance de monsieur est empreinte de violence extrême au plan physique et psychologique de la part de sa mère et de certains de ses conjoints. Elle a volontairement aliéné la relation avec le père qui a dû s'éloigner suite à la violence qu'il a lui-même subie. À l'enfance, monsieur est d'ailleurs témoin de scènes où son père est battu par le nouveau conjoint de sa mère. Son père quitte définitivement la famille quand monsieur a 5 ans et il ne l'a revu qu'à l'âge de 25 ans. C'est à ce moment qu'il prend conscience que sa mère a construit un mur afin de l'évincer de leur vie. De plus, de 7 ans jusqu'à 14 ans, monsieur est agressé sexuellement par son oncle, le frère de sa mère, presque chaque semaine, et par un adulte de son voisinage. Il pense avoir été également agressé sexuellement par sa mère, mais le souvenir n'est pas précis.

Après une période d'ambivalence au sujet de son orientation sexuelle, il choisit de s'investir dans un rapport amoureux avec sa conjointe. La relation s'est toutefois détériorée à partir du moment où madame a développé des problèmes de santé (polyarthrite rhumatoïde) qui réduisent ses capacités de travail de même que sa disponibilité sexuelle. Monsieur se retrouve avec plus de responsabilités et les tensions s'accroissent rapidement entre eux : fréquence et intensité des conflits.

Au moment de l'évaluation, monsieur présente des symptômes manifestes de dépression et d'anxiété. Il est méfiant et affiche une certaine hostilité au cours des entretiens, particulièrement quand il est question de son comportement sexuel avec sa fille. Il a tendance à vouloir contrôler le processus et exerce un contrôle évident sur ses émotions. Ce contrôle se manifeste également dans sa relation avec sa conjointe. Il réagit promptement quand elle parle de leurs problèmes conjugaux en lui coupant la parole pour nuancer ou contredire ses propos. Nous notons sa propension à intimider sa conjointe et sa tendance à ne pas reconnaître ses émotions pour projeter une image d'autocontrôle.

L'évaluation à l'aide des questionnaires confirme la présence de violence psychologique et physique envers sa conjointe. Malgré les tensions importantes, monsieur indique être très satisfait de sa relation de couple. Il se dit aussi plutôt satisfait au plan affectif et sexuel et reconnaît la présence d'une bonne cohésion et d'un bon consensus dans son couple. En ce qui a trait à l'évaluation de sa personnalité, il y a présence de dissociation, problème de frontières, présence de dépendance à l'alcool ou aux drogues et présence de conflits interpersonnels. Il prône des valeurs collées sur ses besoins personnels. Il a une imagination débordante pouvant mener aux mensonges. D'ailleurs, il a tendance à cacher des choses à autrui et à vouloir montrer une image positive de lui. Le profil en entier démontre une tendance vers un trouble de la personnalité histrionique ou *borderline*. Les instruments de mesure révèlent aussi la présence

de distorsions sexuelles à propos de son comportement sexuel. Toutefois, ses réponses ne se démarquent pas de celles de la population générale sur les échelles concernant la sexualité avec les femmes, le droit à la sexualité, ainsi que celles à l'égard des agressions et la perception des enfants. Monsieur a tendance à visionner de la pornographie (impliquant des adultes) en présence de sa conjointe. Face à son comportement sexuel déviant, il reconnaît sa responsabilité, mais il n'arrive pas à comprendre ses motivations. Les tests révèlent aussi peu de réactions empathiques authentiques face à sa fille, sa femme et son fils. Ses réactions émotives sont surtout centrées sur les conséquences actuelles du dévoilement pour lui et nous notons l'émergence d'émotions très envahissantes face aux agressions multiples qu'il a subies plus jeune. Les questionnaires montrent la présence de réactions de stress posttraumatiques. Devant l'ampleur des symptômes dépressifs et anxieux, nous recommandons à monsieur de consulter rapidement son médecin.

B. Résultats de l'évaluation de Madame

Josée est une jeune femme étudiant en bureautique. Elle est en état de choc lors de la rencontre initiale. Elle présente également des symptômes dépressifs et anxieux de même que des problèmes cognitifs associés (difficultés de concentration et d'attention). Madame est issue d'une famille où elle a subi de la violence verbale occasionnelle de ses parents. Elle ne rapporte pas avoir été victime d'agression physique. Elle rapporte cependant avoir été victime d'agression sexuelle par un oncle à l'âge de 9 ans, sur une période 3 mois. Elle souligne aussi avoir été victime de viol à l'âge de 20 ans par un inconnu. Elle n'a dévoilé ces faits que plus tard, à l'âge de 24 ans.

Les tests révèlent la présence de réactions de stress posttraumatiques en lien avec ces agressions, mais aussi en lien avec le dévoilement actuel et l'annonce d'un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde reçu quelques semaines auparavant. Au plan de sa personnalité, elle est anxieuse, inquiète, vulnérable et impulsive. Elle posséderait une faible estime d'elle-même et elle serait sensible au stress. Elle se perçoit affectueuse, chaleureuse et sociable. C'est une personne intellectuellement sensible et curieuse tant vis-à-vis son monde intérieur que vis-à-vis son entourage. Également, elle se juge généreuse et bienveillante envers son entourage. Elle est organisée et disciplinée dans l'organisation de sa vie et de son travail. Elle serait prudente dans les actions qu'elle pose. Elle ferait preuve de persistance, de persévérance, d'ambition et de cohérence dans ses entreprises. Nous pouvons émettre des hypothèses entourant des problèmes d'attachement, ainsi que la présence de traits histrioniques. D'ailleurs, elle aurait un style d'attachement non sécurisé, marqué par la peur de l'abandon. Madame indique dans les questionnaires être très satisfaite de sa relation conjugale, malgré le fait qu'elle ne se dise que plutôt satisfaite au plan affectif et sexuel. Il semble y avoir un bon niveau de consensus et de cohésion dans sa relation, et ce, malgré la présence de violence physique. Elle dit ne consommer aucune drogue et il n'y a pas d'antécédent d'alcoolisme ou de toxicomanie dans sa famille. Au moment de la première évaluation, ni madame

ni monsieur ne font état de la consommation de cannabis de monsieur sur une base quotidienne ni de ses antécédents de toxicomanie et d'alcoolisme à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

En lien avec le comportement sexuel déviant de son conjoint, madame demeure confuse face aux motivations de celui-ci. D'ailleurs, elle n'arrive pas à s'expliquer pourquoi il s'en est pris à son enfant, l'ayant lui-même subi dans son enfance. Elle souhaite maintenir la relation et s'investir dans le processus d'aide proposé.

4.4. Programme de traitement : évolution de Josée et André

Au début du programme de traitement (groupe d'orientation), le couple doit faire face aux pressions des familles de chacun des conjoints, mais plus particulièrement à celles provenant du frère de monsieur, qui blâme madame de rester avec son conjoint. Cette situation provoque beaucoup de colère chez monsieur, mais il demeure soutenant auprès de sa conjointe. Par ailleurs, madame éprouve de la difficulté à bien comprendre les conséquences que les agressions ont sur sa fille. Elle se limite à répéter que son enfant réagit à l'absence du père.

Cette perception est rapidement utilisée par le père qui vient renforcer les impressions de la mère en exprimant son attachement avec émotion. Cette ouverture émotive nouvelle du conjoint vient créer un doute positif chez madame à l'égard de ce dernier. Nous explorons plus avant les conséquences de l'agression auprès des autres membres de la famille et cette investigation amène madame à s'ouvrir sur les agressions qu'elle a subies. Elle dit s'être sentie salie et honteuse à la suite des agressions dont elle a été victime. Elle mentionne ressentir encore de la peur quand elle rencontre cet oncle. Cette exploration de même que celle d'autres participants(es) du groupe d'orientation permettent à monsieur d'élargir sa perception des séquelles des abus sur sa fille et d'envisager d'autres options pour comprendre les réactions de sa fille. Il est sensible aux réactions de sa femme, mais nous notons une restriction de ses affects parce qu'il est lui-même en contact avec les conséquences des agressions sexuelles qu'il a lui-même subies. Il réussit tout au plus à effleurer le sujet. Nous observons alors chez lui une tendance marquée à la dissociation.

Cette stratégie d'intervention en groupe de couples vise à contrer les effets de la manipulation de monsieur tout en permettant une expérience réelle de compréhension empathique à l'intérieur du groupe et dans le couple. De plus, celle-ci permet de mettre en évidence l'ampleur des conséquences des agressions sexuelles pour les enfants, mais aussi pour les autres membres de la famille.

Au cours de la première étape de traitement, le couple fait preuve de soutien mutuel, particulièrement devant les pressions familiales et face aux procédures judiciaires. L'attitude de monsieur envers sa femme devient plus soutenante et empathique, ce qui relègue au second plan les difficultés personnelles de chacun et celles du couple.

Dans ce contexte, nous observons un début d'alliance qui semble toutefois plus significative avec madame. Au terme de la première étape, nous remarquons chez celle-ci une meilleure capacité de s'affirmer. Elle commence à se percevoir de façon plus positive. Elle sait mieux protéger sa fille et s'exprime plus ouvertement sur différents aspects de sa vie. Pour monsieur, nous notons une meilleure compréhension de la réalité de sa conjointe. Il fait preuve de plus de respect à son égard. Il exprime moins de réactions impulsives et violentes. Il montre une certaine ouverture face aux conséquences de ses propres agressions et sait faire des compromis avec sa conjointe au lieu de vouloir prendre le contrôle.

À la deuxième étape (groupe de sensibilisation voilée), monsieur éprouve des difficultés plus importantes, puisqu'il doit nous fournir des informations plus précises sur les faits de ses agressions commises sur sa fille, mais aussi sur la planification de celles-ci. Ce processus le confronte plus directement et fait émerger plus d'angoisse et de méfiance. De plus, il assiste avec impuissance à l'émergence des difficultés de comportement de sa fille et des répercussions chez son fils. La relation avec sa conjointe est aussi atteinte, car celle-ci est rapidement débordée par l'ensemble de la tâche parentale et par une aggravation de ses symptômes de polyarthrite rhumatoïde. Madame doit consulter son médecin, qui ajuste sa médication afin d'atténuer les symptômes.

Nous observons chez monsieur un retour à l'utilisation de stratégies inefficaces dans la résolution des ses problèmes tant à son emploi qu'avec sa femme. En effet, il devient beaucoup plus réactif et réussit difficilement à se contenir. Nous assistons à des comportements violents (lancer ou briser des objets) indiquant sa faible capacité à tolérer les frustrations et à résoudre les problèmes. Monsieur présente alors plus de symptômes dépressifs et anxieux qui affectent son sommeil. Également, il exprime des idées suicidaires, sans plan bien défini. Nous l'invitons à revoir son médecin afin de l'aider à mieux dormir. Après quelques semaines, sa situation se stabilise et il reprend le travail thérapeutique avec plus d'efficacité. Il rapporte une baisse de tension dans sa relation avec Josée. Ils se rencontrent plus régulièrement et expriment avoir repris une vie sexuelle plus satisfaisante tout en réussissant à partager plus de temps constructif. Monsieur revient vivre au domicile après un an de traitement et après une période de stabilité. Lorsque monsieur amorce la partie du traitement en prévention de la récidive, il est amené à explorer plus avant les différents événements l'ayant traumatisé au cours de sa vie, soit les agressions physiques et sexuelles subies. Au cours de cette période, le couple doit se réadapter à la vie commune. Les conjoints apprennent à partager les responsabilités parentales et à composer avec les réactions des enfants face au retour du père. Au début, l'ajustement se fait assez facilement, chacun accepte de faire des compromis.

Parallèlement, dans le groupe pour les mères de victimes, Madame apprend à mieux s'affirmer tant avec les enfants qu'avec monsieur, dont l'arrivée dans la famille entraîne certains avantages dans le partage des tâches. Toutefois, en contrepartie, elle doit gérer une partie des interactions entre le père et les enfants. La relation évolue

positivement, mais un projet commun d'achat de maison génère une série de stress auxquels monsieur réagit avec difficulté. Devant leurs contraintes financières liées à son arrêt de travail suite à un accident (problème au dos), monsieur décide de façon unilatérale de mettre fin à la prise d'antidépresseurs, pour économiser mais aussi en réaction à sa perte d'intérêt pour la sexualité, ses difficultés érectiles et sa prise de poids. Il retourne également au travail plus rapidement que prévu. Graduellement, son état de santé se détériore, il ressent davantage le stress, est impatient avec les enfants et les conflits conjugaux s'accentuent. Devant ce constat, l'intervenant propose à monsieur un soutien individuel en plus de l'intervention de couple et de groupe déjà en cours, ce qu'il refuse.

L'intégration d'André et de Josée dans le groupe sur la communication et la sexualité permet de constater des difficultés conjugales importantes. Nous assistons à une nette détérioration de la relation. Monsieur devient plus intolérant et réactive des comportements de contrôle, de mépris et de violence tandis que madame exprime beaucoup d'insatisfaction et remet en question la poursuite de sa relation de couple. Après neuf semaines de travail à cette étape, nous apprenons que monsieur a récidivé sur sa fille. Monsieur est incarcéré sur-le-champ et reçoit une sentence de deux ans moins un jour de prison avec une période de probation à sa sortie.

Au cours des deux années suivantes, madame continue à recevoir nos services (groupe pour mères de victimes) afin de se stabiliser et de récupérer de cette nouvelle crise. Les mandats thérapeutiques ont également été orientés afin de travailler son ambivalence face à la poursuite de sa relation de couple et, par la suite, la prise de décision visant à mettre fin à celle-ci. Monsieur purge sa peine et reprend la thérapie de groupe à sa sortie de prison, alors qu'il demeure en maison de transition. Il a des contacts supervisés avec ses enfants, car ceux-ci souhaitent revoir leur père.

4.5. Analyse du processus de traitement dans les deux vignettes

Au terme de ces deux processus, nous pouvons noter que les enjeux psychopathiques des deux pères ont émergé à travers des parcours de vie marqués par la violence extrême subie tout au long de leur développement. De plus, l'absence de modèle empathique dans les relations parentales a contribué à une structuration de réactions hostiles et perverses entravant l'adaptation de ces individus. Dans les deux couples, les partenaires portaient les stigmates d'agressions sans qu'ils aient pu en résoudre la symptomatologie associée, et celle-ci s'est répercutée sur le développement de leurs relations mutuelles et avec leurs enfants.

Dans la première situation, malgré les lacunes évidentes du père et de la mère, ceux-ci ont été en mesure de faire des apprentissages leur permettant de résoudre plusieurs des problèmes non résolus depuis plusieurs années (dépendance, insatisfaction sexuelle, image et estime de soi négative, isolement social, etc.). La possibilité qui s'est offerte à eux de participer à des processus d'aide a favorisé une expérience de socialisation

et de rencontres interpersonnelles sur des bases qu'ils n'avaient jamais connues. En effet, l'expérimentation d'une compréhension empathique de leur réalité, la confrontation du comportement sexuel déviant dans un cadre structurant mais soutenant et la découverte de leurs propres possibilités leur ont permis de reprendre le contrôle de leur vie. Les cliniciens ont assisté au développement de compétences suffisantes pour soutenir la reprise d'une vie commune avec leurs trois enfants.

Pour le deuxième couple, manifestement, les réactions psychopathiques de monsieur sont demeurées actives tout au long du processus et furent même exacerbées en cours de traitement quand il fut question de travailler sur les agressions qu'il avait lui-même subies en bas âge. L'intensité de sa pathologie se manifestait par la fragilité de ses contrôles internes et le maintien de ruminations hostiles et de méfiance. De plus, l'impulsivité, la colère, la coupure émotionnelle, l'instabilité de ses relations interpersonnelles, ses difficultés d'attachement et les idées suicidaires constituaient aussi des manifestations critiques de traits de personnalité *borderline*. Malgré une capacité de compréhension, voire de rationalisation de ces difficultés, monsieur n'intégrait pas les habiletés et les compétences recherchées. De toute évidence, émotionnellement, il se maintenait dans la même trajectoire du processus d'agression où il actualisait les mêmes stratégies de contrôle, d'évitement et de manipulation.

L'analyse de cette situation nous apprend qu'il aurait sûrement été pertinent de confronter davantage lors des différentes étapes du traitement les comportements d'hostilité que nous avons perçus. La résurgence et l'absence de résolution des traumatismes résultant des expériences de son enfance y sont sûrement directement liées. Malgré le fait que monsieur fut interpellé à ce sujet, il y a lieu de croire qu'il aurait été plus rentable d'exiger un travail plus direct et soutenu sur ces enjeux, quitte à ce qu'il se retire du processus de traitement. Ce retrait aurait alerté les cliniciens et permis de retarder ou d'empêcher le retour de monsieur dans sa famille. Toutefois, cette situation illustre à quel point certains individus affichant une symptomatologie complexe peuvent être imperméables au processus d'aide ou encore très fragiles émotionnellement en raison d'expériences de vie traumatisantes. Aura-t-il lui-même appris de cette récidive et des conséquences pour ses enfants et pour lui ? Rien n'est moins sûr. Il nous reste à bien sécuriser les enfants à travers le lien avec leur mère et tous autres adultes significatifs et à tenter, à leur niveau, de résoudre les conséquences afin de briser ce cycle destructeur.

CONCLUSION

Bien que certains cliniciens laissent entendre que pour ces couples où l'homme a commis des agressions sexuelles sur un enfant, le changement relationnel réel est improbable, nous sommes à même de constater qu'il existe chez un certain nombre d'entre eux un potentiel tangible d'habiletés comportementales et cognitives à développer. Depuis 20 ans, l'équipe d'intervenants du PETAS a accompagné des couples et des familles

dans un processus qui pour plusieurs a permis de mettre fin aux agressions tout en développant de saines compétences parentales et interpersonnelles. Ce processus de traitement multimodal comporte de nombreux avantages : *i)* évaluer de façon systématique et réduire les dysfonctions et symptômes de l'ensemble des membres de la famille, en plus d'assurer le suivi des changements ; *ii)* permettre aux adultes de se confronter aux enjeux liés à la viabilité de leur couple ; *iii)* répondre au désir non seulement des pères agresseurs, mais aussi des mères et des victimes de voir leur vie familiale se poursuivre après avoir traversé le tumulte. Les deux parents sont impliqués dès le début du traitement et sont amenés à reconnaître leur niveau de responsabilité dans les différents problèmes conjugaux et familiaux. Toutefois, l'agresseur demeure l'unique responsable des actes posés, à moins que la mère ait contribué directement aux agressions ou indirectement, par omission volontaire ou négligence (ce phénomène est toutefois marginal). Il y a très peu de programmes de traitement des agressions sexuelles similaires au PETAS en Amérique du Nord, probablement en raison des coûts élevés rattachés à la mise en place d'une équipe d'intervenants cliniques spécialisés dans cette problématique à chacune des phases du processus d'évaluation et de traitement. Bien entendu, de tels coûts en valent la peine, car le PETAS, à l'intérieur des services du centre jeunesse, prend en charge toutes les personnes impliquées dans l'agression sexuelle et offre un encadrement qui augmente les chances de faire cesser le cycle de transmission intergénérationnelle des agressions sexuelles.

L'intervention auprès des couples demeure une cible à privilégier, mais elle nécessite des préalables afin de favoriser une clarification de la responsabilité et un contrôle de l'agir sexuel déviant. Le couple comme entité d'intervention est une priorité, car les enjeux affectifs et sexuels demeurent liés aux facteurs de risque de récidive. De plus, il ne faut pas perdre de vue que même s'il y a incarcération du père, qu'il y ait séparation temporaire ou non, ce parent reviendra vers ses enfants tôt ou tard et, souvent, ce sont les enfants qui demanderont cette reprise de contact.

Sur le plan de la recherche, les études passées qui ont mis en évidence les caractéristiques de personnalité et de fonctionnement individuels des agresseurs sexuels et de leur conjointe ont certes été fort utiles à la compréhension de la problématique des agressions sexuelles. Toutefois, nous croyons qu'il est urgent de réaliser des études descriptives et observationnelles qui permettront d'examiner la dynamique conjugale et d'identifier les mécanismes (p. ex., détresse psychologique prononcée, traits de personnalité dysfonctionnels, conduites d'attachement marquées par l'insécurité, compatibilité des partenaires) qui contribuent à fragiliser la relation et à la rendre perméable à l'actualisation de l'agir déviant.

RÉFÉRENCES

Abel, G. et Rouleau, J. (1990). « Male sex offenders », dans M.E. Thase, B.A. Edelstein et M. Hersen (dir.), *Handbook of Outpatient Treatment of Adults,* New York, Plenum Press, p. 271-290.

Babins-Wagner, R. (1991). « Development and evaluation of a family systems approach to the treatment of child sexual abuse », *Journal of Child and Youth Care, Special Issue,* p. 103-128.

Bailey, H.N., Moran, G., Pederson, D.R. et Bento, S. (2007). « Understanding the transmission of attachment using variable- and relationship-centered approaches », *Development and Psychopathology, 19*, p. 313-343.

Baillargeon, J., Dubois, G. et Marineau, R. (1986). « Échelle d'ajustement dyadique » (traduction de *Dyadic Adjustment Scale*), *Revue canadienne des sciences du comportement, 18,* p. 25-34.

Bander, K.W., Fein, E. et Bishop, G. (1986). « Évaluation des programmes contre l'exploitation sexuelle des enfants », dans S.M. Sgroi, *L'agression sexuelle et l'enfant : approche et thérapies,* Québec, Éditions du Trécarré, p. 377-393.

Birnbaum, G.E., Reis, H.T., Mikulincer, M., Gillath, O. et Orpaz, A. (2006). « When sex is more than just sex : Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality », *Journal of Personality and Social Psychology, 91,* p. 929-943.

Brassard, A., Shaver, P.R. et Lussier, Y. (2007). « Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships : A dyadic approach », *Personal Relationships, 14*, p. 475-494.

Chaffin, M. (1992). « Factors associated with treatment completion and progress among intra-familial sexual abusers », *Child Abuse and Neglect*, 16, p. 261-264.

Chaffin, M. (2006). « The changing focus of child maltreatment research and practice within psychology », *Journal of Social Issues, 62*, p. 663-684.

Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2005). *Statistiques sur les agressions sexuelles signalées*, document inédit, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Crivillé, A., Deschamps, M., Fernet, C. et Sittler, M.F. (1994). *L'inceste : Comprendre pour mieux intervenir*, Toulouse, Privat.

Cole, W. (1992). « Incest perpretrators : Their assessment and treatment », *Clinical Forensic Psychiatry, 15*, p. 689-701.

Cyr, M., McDuff, P. et Wright, J. (1999). « Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation », *Santé mentale au Québec, 24*, p. 191-216.

Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P. et Thériault, C. (2002). « Les déterminants du soutien maternel offert par les mères à leurs enfants ayant vécu une agression sexuelle récente », *Revue de psychoéducation et d'orientation, 31*(2), p. 319-337.

Cyr, M., Wright, J., Toupin, J., Oxman-Martinez, J., McDuff, P. et Thériault, C. (2003). « Predictors of maternal support : The point of view of adolescent victims of sexual abuse and their mothers », *Journal of Child Abuse, 12*, p. 39-65.

Deblinger, E., Hathaway, C.R., Lippmann, J. et Steer, R. (1993). « Psychosocial characteristics and correlates of symptom distress in non-offending mothers of sexually abused children », *Journal of Interpersonal Violence, 6*, p. 155-168.

Dorr, D. (1998). « Psychopathy in the pedophile », dans T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith et R.D. Davis (dir.), *Psychopathy : Antisocial, Criminal and Violent Behavior,* New York, Guilford, p. 304-320.

Douglas, D.M. et Finkelhor, D. (2005). « Childhood sexual abuse fact sheet », <www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf>, consulté le 16 juillet 2007.

Ensick, K. et Normandin, L. (à paraître). « Le fonctionnement réflexif des mères d'enfants agressés sexuellement », *Santé mentale au Québec*.

Everson, M.D., Hunter, W.M., Runyan, D.K., Edelsohn, G.A. et Coulter, M.L. (1989). « Maternal support following disclosure of incest », *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, p. 197-207.

Feeney, J.A. et Noller, P. (2004). « Attachment and sexuality in close relationships », dans J.H. Harvey, A. Wenzel et S. Sprecher (dir.), *The Handbook of Sexuality in Close Relationships,* Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum, p. 183-201.

Finkelhor, D. et Jones, L. (2006). « Why have child maltreatment and child victimization declined ? », dans *Journal of Social Issues*, *62*, p. 685-716.

Finkelhor, D., Ormond, R.K. et Turner, H.A. (2007a). « Poly-victimization : A neglected component in child victimization », *Child Abuse and Neglect, 31*, p. 7-26.

Finkelhor, D., Ormond, R.K. et Turner, H.A. (2007b). « Poly-victimization and trauma in a national longitudinal cohort », *Development and Psychopathology, 19*, p. 149-166.

Freyd, J.J., Putnam, F.W., Lyon, T.D., Becker-Blease, K.A., Cheit, R.E., Siegel, N.B. et Pezdek, K. (2005). « The science of child sexual abuse », *Science, 308*, p. 501.

Friedrich, W.N. (1991). « Mothers of sexually abused children : An MMPI study », *Journal of Clinical Psychology, 47*, p. 778-783.

Friedrich, W.N, Beilke, R.L. et Urquiza, A.J. (1988). « Behavior problems in young sexually abused boys : A comparison study », *Journal of Interpersonal Violence, 3*, p. 21-28.

Furniss, T.H. (1987). « An integrated treatment approach to child sexual abuse in the family », *Children and Society, 1*, p. 123-135.

Giaretto, H. (1982a). *Integrating Treatment of Child Sexual Abuse : A Treatment and Training Manual*, Palo Alto, CA, Science and Behavior Books, Inc.

Giaretto, H. (1982b). « A comprehensive child abuse treatment program », *Child Abuse and Neglect, 6*, p. 263-278.

Godbout, N., Lussier, Y. et Sabourin, S. (2006). « Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment », *Violence and Victims*, *21*, p. 747-763.

Gouvernement du Québec (2001). *Les orientations en matière d'agression sexuelle au Québec,* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Groth, A.N. (1979). « Sexual traumas in the life history of rapists and child molesters », *Victimology, 4*, p. 10-16.

Groth, A.N. (1986). « Coupable d'inceste », dans *L'agression sexuelle et l'enfant : approche et thérapies,* Québec, Éditions du Trécarré, p. 244-261.

Groth, A.N., Hobson, W.F. et Gary, T.S. (1982). « The child molester : Clinical observations », *Journal of Social Work and Human Sexuality, 1*, p. 129-144.

Groupe de travail sur la révision du Manuel de référence sur la Loi sur la protection de la jeunesse. (1998). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Herman, J.L. (1981). *Father-Daughter Incest,* Cambridge, MA, Harvard University Press.

Johnson, T.C. et Berry, C. (1989). « Children who molest : A treatment program », *Journal of Interpersonal Violence, 4*, p. 185-203.

Jones, L.M., Finkelhor, D. et Halter, S. (2006). « Child maltreatment trends in the 1990s : Why does neglect differ from sexual and physical abuse », *Child Maltreatment, 11*, p. 107-120.

Kallstrom-Fuqua, A.C., Weston, R. et Marshall, L.L. (2004). « Childhood and adolescent sexual abuse of community women : Mediated effects on psychological distress and social relationships », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, p. 980-992.

Kasper, C.J. et Alford, J.M. (1988). « Redecision and men who sexually abuse children », *Transactional Analysis Journal*, *18*, p. 309-315.

Kendall-Tackett, K., Williams, L. et Finkelhor, D. (1993). « Impact of sexual abuse on children : A review and synthesis of recent empirical studies », *Psychological Bulletin, 113*, p. 164-180.

Knight, R.A. et Prentky, R.A. (1990). « Classifying sexual offenders : The development and correlation of taxomimic models », dans W.L Marshall, D.R. Laws et H.E. Barbaree (dir.), *Handbook of Sexual Assault : Issues, Theories and Treatment of the Offender,* New York, Plenum Press, p. 23-52.

Kovess, N., Murphy, H.G.M., Tousignant, M. et Fournier, L. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires DSC de Verdun et de Rimouski,* Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, vol. 1.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A. et Lozano-Ascencio, R. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé,* Genève, Organisation mondiale de la santé.

Lafontaine, M.F. et Lussier, Y. (2003). « Structure bidimensionnelle de l'attachement amoureux : anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité », *Revue canadienne des sciences du comportement, 25*, p. 71-95.

Lang, R.A., Langevin, R., Van Santen, V., Billingsley, D. et Wright, P. (1990). « Marital relations in incest offenders », *Journal of Sex and Marital Therapy, 16*, p. 214-229.

Lang, R.A., Pugh, G.M. et Langevin, R. (1988). « Treatment of incest and pedophilic offenders : A pilot study », *Behavioral Sciences and the Law, 6*, p. 239-255.

Leahy, M.M. (1991). « Child sexual abuse : Origins, dynamics, and treatment », *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 19*, p. 385-395.

Loh, C. et Gidycz, C.A. (2007). « A prospective analysis of the relationship between childhood sexual victimization and perpetration of dating violence and sexual assault in adulthood », *Journal of Interpersonal Violence, 21*, p. 732-749.

Lussier, Y. (1996). Traduction canadienne-française de *Interpersonal Reactivity Index*, document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lussier, Y. (1997). Traduction canadienne-française de *Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)*, document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lussier, Y. et Lemelin, C. (2000). Traduction canadienne-française de *Revised Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale,* document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lussier, Y. Perron, A., Paradis, J.P., Turcotte, Y. et Brassard, A. (2002). « Efficacité du programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels (PETAS) sur le territoire de la Mauricie et du Centre-du-Québec », rapport de recherche inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lustig, N., Dresser, J.W., Spellman, S.W. et Murray, T.B. (1966). « Incest : A family group survival pattern », *Archives of General Psychiatry, 14,* p. 31-40.

Maddock, J.W. et Larson, N.R. (1995). *Incestuous Families : An Ecological Approach to Understanding and Treatment,* New York, Northern Company.

Mannario, A.P., Cohen, J.A. et Moore-Motily, S. (1991). « Six- and twelve-month follow-up of sexually abused girls », *Journal of Interpersonal Violence, 6,* p. 494-511.

Marshall, W.L. et Barbaree, H.E. (1988a). « An outpatient treatment program for child molesters », *Annals of the New York Academy of Sciences, 528*, p. 205-215.

Marshall, W.L. et Barbaree, H.E. (1988b). « The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters », *Behavioral Research and Therapy, 26*, p. 499-511.

Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. et Barbaree, H.E. (1991). « Treatment outcomes with sex offenders », *Clinical Psychology Review, 11*, p. 465-485.

Masters, W.H. et Johnson, V.E. (1971). *Les mésententes sexuelles et leur traitement*, Paris, Robert Laffont.

Newberger, C.M., Gremy, I.M., Waternaux, C.M. et Newberger, E.H. (1993). « Mothers of sexually abused children : Trauma and repair in longitudinal perspective », *American Journal of Orthopsychiatry, 63*, p. 92-102.

Noll, J.G. (2005). « Does childhood sexual abuse set in motion a cycle of violence against women ? What we know and what we need to learn », *Journal of Interpersonal Violence, 20*, p. 455-462.

Noll, J.G., Trickett, P.K. et Putnam, F.W. (2000). « Social network constellation and sexuality of sexually abused and comparison girls in childhood and adolescence », *Child Maltreatment, 5*, p. 323-337.

Pauzé, R. et Poirier, M.A. (1995). « La relation incestueuse père-fille envisagée selon la perspective des théories de la complexité », *Intervention, 101*, p. 7-17.

Pithers, W.D., Kashima, K.M., Cumming, G.F., Beal, L.S. et Buell, M.M. (1988). « Relapse prevention of sexual aggression », *Annals of the New York Academy of Sciences, 528*, p. 244-260.

Priest, R. et Smith, A. (1992). « Counseling adult sex offenders : Unique challenges and treatment paradigms », *Journal of Counseling and Development, 71*, p. 27-32.

Putnam, F.W. (2003). « Ten-year research update review : Child sexual abuse », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(3), p. 269-278.

Runyan, D.K., Hunter, W.M., Everson, M.D., De Vos, E., Cross, T., Peeler, N. et Whitcomb, D. (1992). *Maternal Support for Child Victims of Sexual Abuse : Determinants and Implications* (90-CA-1368), Washington, National Center on Child Abuse and Neglect.

Sabourin, S. et Lussier, Y. (1990). Traduction canadienne-française de *Balanced Inventory of Desirable Responding* (BIDR), document inédit, Université Laval.

Sabourin, S. et Lussier, Y. (1992). Traduction canadienne-française de *L'inventaire de personnalité NEO-FFI*, document inédit, Université Laval.

Sabourin, S. et Lussier, Y. (1998). *Échelle de psychopathie autorapportée,* traduction canadienne-française du *Self-Report Psychopathy Scale*, document inédit, Université Laval.

Sachs-Ericsson, N., Blazer, D., Plant, E.A. et Arnow, B. (2005). « Childhood sexual and physical abuse and the 1-year prevalence of medical problems in the national comorbidity survey », *Health Psychology, 24*, p. 32-40.

Salter, A.C. (1988). *Treating Child Sex Offenders and Victims : A Practical Guide*, Thousand Oaks, CA, Sage.

Sgroi, S.M. (1982). « Family treatment of child sexual abuse », *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, Garfield, WA, Lexington Books, p. 109-128.

Sgroi, S.M. (1986). « Traitement familial », dans S.M. Sgroi, *L'agression sexuelle et l'enfant, approche et thérapies,* Québec, Éditions du Trécarré, p. 280-287.

Sgroi, S.M., Blick, L.C. et Porter, F.S. (1986). « Un cadre conceptuel pour l'exploitation sexuelle des enfants », dans S.M. Sgroi, *L'agression sexuelle et l'enfant, approche et thérapies*, Québec, Éditions du Trécarré, p. 45-55.

Sgroi, S.M. et Dana, N.T. (1986). « Traitement individuel et en groupe des mères de victimes d'inceste », dans S.M. Sgroi, *L'agression sexuelle et l'enfant, approche et thérapies,* Québec, Éditions du Trécarré, p. 220-244.

Stovall-McClough, K.C. et Cloitre, M. (2006). « Unresolved attachment, PTSD, and dissociation in women with childhood abuse histories », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, p. 219-228.

Toth, S.L. et Cicchetti, D. (2006). « Promises and possibilities : The application of research in the area of child maltreatment to policies and practices », *Journal of Social Issues, 62*, p. 863-880.

Tourigny, M., Daigneault, I., Hébert, M. et Wright, J. (2005). *Portrait des signalements pour abus sexuels faits aux directeurs et directrices de la Protection de la jeunesse du Québec,* Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles.

Trocmé, N., MacLaurin, B., Fallon, B., Daciuk, J., Billingsley, D., Tourigny, M. *et al.* (2001). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants : rapport final*, Ottawa, Centre national d'informations sur la violence dans la famille.

Turcotte, Y., Lussier, Y., Perron, A. et Bertrand, J. (1997). « Empathie des pères incestueux et des mères non abuseures », *Revue québécoise de psychologie, 18*, p. 169-187.

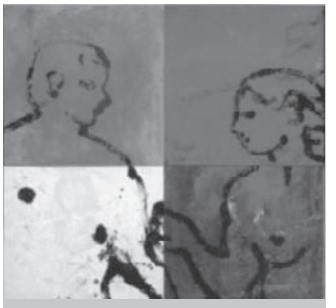
Trudel, G. (1986). *Le formulaire d'histoire sexuelle*, document inédit, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Williams, L.M. et Finkelhor, D. (1992). *The Characteristics of Incestuous Fathers*, Durham, Family Research Laboratory. Rapport CA-90-1377.

Wodarski, J.S. et Johnson, S.R. (1988). « Child sexual abuse : Contributing factors, effects and relevant practice issues », *Family Therapy, 15*, p. 157-173.

Wright, J., Lussier, Y., Sabourin, S. et Perron, A. (1999). « L'abus sexuel à l'endroit des enfants », dans E. Habimana, L. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (dir.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative,* Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, p. 615-639.

Zuelzer, M.B. et Reposa, R.E. (1983). « Mothers in incestuous families », *International Journal of Family Therapy, 5*, p. 98-109.



CHAPITRE

17

LE STATUT EMPIRIQUE DE LA THÉRAPIE CONJUGALE

John Wright, Josianne Mondor, Stéphane Sabourin et William Pinsof

La thérapie conjugale, à l'instar de bien d'autres interventions en psychologie, propose au clinicien une diversité d'approches et de courants théoriques parfois similaires, d'autres fois complémentaires, mais à l'occasion opposés. Sur le plan éthique, le clinicien a le devoir de s'interroger sur l'efficacité de son approche et de ses interventions. Plusieurs questions sont alors soulevées. Permettent-elles de guérir ou de soulager les symptômes et difficultés du client ? Ou au contraire, sont-elles nocives à son bien-être ? Au mieux, sont-elles inoffensives ? Dans quels contextes doivent-elles être utilisées et quelle est la durée de leurs effets ? Les recherches évaluatives sur l'efficacité des traitements permettent de poser un regard critique face à de telles interrogations. Ce chapitre propose un survol des études empiriques évaluant le succès de la thérapie conjugale (TC), ainsi que des limites inhérentes à celles-ci. Nous

prendrons soin d'aborder la question en accordant une égale importance à deux perspectives distinctes : celle du clinicien et celle du chercheur. D'abord, nous ferons le point sur l'état actuel des connaissances empiriques relatives à la TC en tentant de répondre à sept questions généralement utilisées pour l'évaluation d'une intervention psychosociale (Lambert et Ogles, 2004). Ces questions sont : 1) La TC est-elle efficace pour réduire la détresse conjugale ? 2) La TC permet-elle de traiter une pathologie individuelle comorbide à la détresse conjugale ? 3) Qu'est-ce qu'une TC réussie ? 4) Combien de temps les effets de la TC sont-ils maintenus ? 5) Pouvons-nous prédire quels couples profiteront de la TC ? 6) Quels processus expliquent le changement en TC ? 7) Les recherches sont-elles représentatives de la réalité clinique ? Par la suite, nous suggérerons des stratégies permettant aux cliniciens d'améliorer leur pratique en fonction de données colligées auprès de leur clientèle, puis nous terminerons par des recommandations pour les recherches cliniques futures.

1. LA TC EST-ELLE EFFICACE POUR RÉDUIRE LA DÉTRESSE CONJUGALE ?

Avant toute chose, il importe de clarifier la question de l'efficacité et de l'efficience des recherches. Traditionnellement, les recherches évaluatives dans le domaine psychosocial ont été catégorisées en deux types : les études d'efficacité et les études d'efficience (Chambless et Hollon, 1998 ; Christensen, Baucom, Vu et Stanton, 2005 ; Sexton, Alexander et Mease, 2004). Les études d'efficacité posent la question de savoir « quel traitement fonctionne dans des conditions rigoureusement contrôlées » (Sexton *et al.*, 2004, p. 595, traduction libre). Un contrôle serré du plus grand nombre possible de sources de variation (p. ex., les caractéristiques des clients, la durée du traitement, etc.) assure que ces études maintiennent une haute validité interne. Les études d'efficience, quant à elles, requièrent « une évaluation du pouvoir de l'intervention thérapeutique dans un milieu clinique réel » (Sexton *et al.*, 2004, p. 595, traduction libre). Ces études cherchent ainsi à examiner l'impact du traitement tel qu'appliqué dans des conditions représentatives de la réalité clinique (p. ex., clients autoréférés, traitement adapté aux besoins des clients, etc.) et visent une haute validité externe (Christensen *et al.*, 2005 ; Gurman et Fraenkel, 2002 ; Johnson, 2003 ; Sexton *et al.*, 2004). Habituellement, les études d'efficacité sont la première étape de l'évaluation d'un traitement, puis sont suivies par des études d'efficience (Chambless et Hollon, 1998 ; Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto et Stickle, 1998 ; Sprenkle, 2003).

Or, il semblerait maintenant que la traditionnelle distinction efficacité – efficience soit dépassée (Kihlstrom, 2006 ; Wright, Sabourin, Mondor, McDuff et Mamodhoussen, 2007b). Des études d'efficacité sont maintenant conduites dans des conditions ressemblant à la réalité clinique (p. ex., Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom et Simpson, 2004) et plusieurs études d'efficience avec haute validité interne existent (p. ex., O'Farrell, Choquette, Cutter, Brown et McCourt, 1993). En ce sens, il paraît désormais futile de

distinguer efficacité et efficience (Wright *et al*., 2007b), puisque plusieurs études sont à la fois fortes en validité interne et externe et donc difficilement classables (Christensen *et al*., 2005).

De plus, il semble exister une grande confusion parmi les auteurs quant à l'emploi des termes « efficacité » et « efficience ». Certains utilisent le mot « efficacité » pour désigner les études sur la TC visant la diminution de la détresse conjugale et « efficience » pour les études sur la TC visant à traiter une pathologie individuelle (p. ex., Sexton *et al*., 2004) ; d'autres utilisent « efficacité » pour les études en milieu contrôlé et « efficience » pour les études en milieu réel (p. ex., Baucom *et al*., 1998 ; Pinsof et Wynne, 2000), tandis que d'autres encore emploient le mot « efficacité » pour référer à l'ensemble des recherches (p. ex., Baucom, Epstein et Gordon, 2000 ; Whisman et Snyder, 1997). Pour toutes ces raisons, nous croyons plus pertinent d'examiner les études sur la TC dans leur ensemble, sans imposer de division efficacité – efficience. Dans le cadre du présent texte, le terme « efficacité » sera employé pour toutes les études, sans distinction.

Wright et ses collaborateurs (2007b) ont recensé 50 études sur l'efficacité de la TC publiées en date de septembre 2004. Trois critères devaient être remplis pour qu'une étude soit retenue : *a)* le type d'intervention est clairement décrit (behaviorale, cognitive-behaviorale, centrée sur les émotions, orientée sur l'*insight*, systémique, etc.) ; *b)* le traitement a, entre autres, comme objectif de diminuer la détresse conjugale ; *c)* des mesures standardisées ont été administrées au moins au début (prétest) et à la fin de l'intervention (posttest) et les données sont clairement rapportées. Les études sans groupe contrôle n'ont pas été exclues puisque, comme le démontrent Baucom, Hahlweg et Kuschel (2003), les couples placés sur une liste d'attente ne changent pas avec le simple passage du temps. De même, les études ayant assigné les couples à un groupe de traitement ou contrôle de façon non aléatoire n'ont pas été exclues (Shadish, Matt, Navarro et Phillips, 2000). Au total, 34 études évaluant l'efficacité de la TC pour le traitement de la détresse conjugale et 16 études évaluant l'efficacité de la TC pour le traitement de la détresse conjugale et d'une pathologie individuelle comorbide ont été recensées (références aux tableaux 16.1 et 16.2). Parmi les études de TC pour le traitement de la détresse conjugale, l'efficacité de la TC behaviorale/cognitive-behaviorale (TCCB) a été évaluée 28 fois, celle de la TC centrée sur les émotions (TCE) 6 fois, celle de la TC orientée sur l'*insight* (TCOI), 2 fois, et celle de la TC systémique (TCS), 2 fois[1]. Parmi les études de TC pour le traitement d'une pathologie comorbide, l'efficacité de la TCCB a été évaluée 11 fois, celle de la TCE, 3 fois, celle de la TCOI, 1 fois, et celle de la TCS, 1 fois.

Avant d'aller plus loin, il importe de se demander si la TC, toutes approches confondues, est globalement un traitement efficace. Depuis le milieu des années 1990, la taille de l'effet fait consensus en tant que meilleure méthode permettant de comparer

1. Le total dépasse 34 puisque certaines études ont évalué l'efficacité de plus d'une approche.

l'impact d'un traitement à travers plusieurs études et/ou plusieurs instruments de mesure (Rosnow et Rosenthal, 2003). Spécialement utilisée dans les méta-analyses, la taille de l'effet est dite petite lorsque d = 0,20 ; moyenne, lorsque d = 0,50 et grande, lorsque d = 0,80 (Cohen, 1992). Shadish, Ragsdale, Glaser et Montgomery (1995) ont trouvé, dans une méta-analyse comparant la TC à l'absence de traitement, une taille de l'effet de d = 0,60 (n = 27 groupes traitement). De façon similaire, Dunn et Schwebel (1995) ont trouvé une taille de l'effet de d = 0,79 (n = 21 groupes traitement). Wright et ses collaborateurs (2007b) ont, quant à eux, calculé les tailles de l'effet intra-groupe et ont rapporté une taille de l'effet moyenne de d = 1,14 (n = 45 groupes traitement). Il est intéressant de noter que les tailles de l'effet obtenues par des méta-analyses portant sur d'autres formes d'interventions psychosociales sont comparables à celles rapportées pour la TC. Par exemple, Shadish *et al*. (1995) rapportent une taille de l'effet de d = 0,47 (n = 101 études) pour la thérapie familiale et mentionnent que celle-ci est statistiquement non différente de celle qu'ils présentent pour la TC (d = 0,60). Par ailleurs, Lipsey et Wilson (1993) ont compilé les résultats de 156 méta-analyses sur un éventail d'interventions psychologiques, behaviorales et éducationnelles. Ils ont trouvé que la taille de l'effet intergroupe moyenne à travers plus de 9 000 études était de d = 0,47.De plus, des auteurs rapportent que, de façon constante à travers plusieurs études, la taille de l'effet moyenne pour les couples ne recevant aucun traitement est non différente de zéro : d = –0,06 (n = 17 études ; Baucom *et al*., 2003) et d = –0,04 (n = 17 études ; Wright *et al*., 2007b). En somme, ces résultats indiquent que les couples ne changent pas avec le simple passage du temps et que les effets rapportées dans les recherches évaluatives sont bel et bien attribuables à l'effet du traitement.

À l'heure actuelle, quatre approches principales en TC ont fait l'objet de recherches évaluatives : la TC cognitive-behaviorale (TCCB), la TC centrée sur les émotions (TCE), la TC orientée sur l'*insight* (TCOI) et la TC systémique (TCS). D'abord, sur le plan des changements statistiquement significatifs entre le prétest et le posttest, chacune des approches est soutenue par au moins une étude montrant que le traitement produit une augmentation de la satisfaction conjugale supérieure à celle produite par le simple passage du temps (références au tableau 17.1).

Quatre études ont comparé l'amplitude du changement entre le prétest et le posttest produit par deux approches différentes sur le plan de la satisfaction conjugale. Trois auteurs ont conclu qu'il n'y avait aucune différence significative entre les approches : TCCB et TCS (Boelens, Emmelkamp, MacGillavry et Markvoort, 1980) ; TCCB et TCOI (Snyder et Wills, 1989) ; et TCE et TCS (Goldman et Greenberg, 1992). Johnson et Greenberg (1985a) ont rapporté que la TCE produisait significativement plus de gains que la TCCB, mais ce résultat n'a pas encore été répliqué.

Jacobson *et al*. (1984) et d'autres par la suite ont proposé que la signification clinique des résultats rend mieux compte du changement accompli que la signification statistique. En effet, cette méthode permet de déterminer si, au-delà d'une augmentation statistiquement significative d'un score, le changement a un impact réel sur la vie du

TABLEAU 17.1
Études d'efficacité de la thérapie conjugale visant la diminution de la détresse conjugale

Études	Nombre de couples dans l'échantillon (N) et type de groupe contrôle[a]	Groupes traitement[b,c]	Détresse conjugale moyenne du groupe traitement au prétest[d]	Taille de l'effet
Azrin *et al.*, 1980	N = 55	1. TCCB ; 2. Placebo + TCCB	MAT = 83,0	n/d
Baucom, 1982	N = 72 ; LAtt	1. Trois formes TCCB	MAT = 83,0	0,73
Baucom et Lester, 1986	N = 24 ; LAtt	1. Deux formes TCCB	DAS = 91,6	1,00
Baucom *et al.*, 1990	N = 60 ; LAtt	1. Quatre formes TCCB	DAS = 88,7	0,54
Bennun, 1985	N = 57 ; TBindiv	1. Deux formes TCCB	MAT = 63,8	2,83
Boelens *et al.*, 1980	N = 21 ; LAtt	1. TCCB	MMQ = 132,0	0,74
		2. TC systémique	MMQ = 126,0	0,70
Christensen *et al.*, 2004	N = 134	1. Deux formes TCCB	DAS = 84,6	0,73
Crowe, 1978	N = 42 ; Placebo	1. TCCB ; 2. TC interprétative en groupe	n/d	n/d
Denton *et al.*, 2000	N = 13 ; LAtt	1. TCE	n/d	n/d
Emmelkamp *et al.*, 1988	N = 32	1. Comm	MMQ- Mar = 35,8	0,21
		2. TC cognitive	MMQ-Mar = 28,9	0,49
Goldman et Greenberg, 1992	N = 4 ; LAtt	1. TCE	DAS = 86,3	1,19
		2. TC systémique	DAS = 83,9	1,15
Hahlweg et Klann, 1997	N = 252	1. TC telle que pratiquée habituellement	GDS = 68,0	0,37
Hahlweg *et al.*, 1982	N = 85 ; LAtt	1. Quatre formes TCCB	n/d	1,17
Halford *et al.*, 1996	N = 42	1. Deux formes TCCB	DAS = 79,7	1,12
Halford *et al.*, 1993	N = 26	1. Deux formes TCCB	DAS = 80,7	1,26
Huber et Milstein, 1985	N = 34 ; LAtt	1. TC cognitive	MAT = 74,3	0,58
Jacobson, 1977	N = 10 ; LAtt	1. TCCB	MAT = 82,7	2,36
Jacobson, 1978	N = 30	1. Trois formes TCCB	MAT = 83,1	1,11
Jacobson, 1984	N = 36 ; LAtt	1. Trois formes TCCB	DAS = 89,5	0,84
Jacobson *et al.*, 2000	N = 21	1. Deux formes TCCB	DAS = 86,7	0,68
Jacobson *et al.*, 1989	N = 30	1. Deux formes TCCB	DAS = 81,6	1,18
James, 1991	N = 42 ; LAtt	1. TCE+ Comm	DAS = 87,6	1,25
		2. TCE	DAS = 88,3	1,43

TABLEAU 17.1 (*suite*)
Études d'efficacité de la thérapie conjugale visant la diminution de la détresse conjugale

Études	Nombre de couples dans l'échantillon (N) et type de groupe contrôle[a]	Groupes traitement[b,c]	Détresse conjugale moyenne du groupe traitement au prétest[d]	Taille de l'effet
Jessee et Guerney, 1981	N = 36	1. ER en groupe ; 2. TC gestaltiste en groupe	MAT = 83,5	n/d
Johnson et Greenberg, 1985a	N = 45 ; LAtt	1. TCE	DAS = 92,8	1,95
		2. TCCB	DAS = 91,7	1,10
Johnson et Greenberg, 1985b	N = 14	1. TCE	DAS = 93,9	0,94
Liberman *et al.*, 1976	N = 18	1. TCCB en groupe ; 2. TC interactive en groupe	MAT = 69,0	n/d
Mehlman *et al.*, 1983	N = 30 ; LAtt	1. Deux formes TCCB	MAT = 80,8	0,89
Montag et Wilson, 1992	N = 15	1. Deux formes TCCB	DAS = 88,3	0,90
Ross *et al.*, 1985	N = 48	1. TC telle que pratiquée habituellement	MAT = 58,7	0,45
		2. ER	MAT = 62,8	1,84
Snyder et Wills, 1989	N = 79 ; LAtt	1. TCCB	GDS = 66,4	1,01
		2. TCOI	GDS = 63,1	1,18
Tsoi-Hoshmand, 1976	N = 14 ; LAtt	1. TCCB	n/d	n/d
Turkewitz et O'Leary, 1981	N = 30 ; LAtt	1. Deux formes TCCB	n/d	n/d
Waring *et al.*, 1990	N = 26 ; Placebo	1. TC cognitive	GDS = 29,4	n/d
Wilson *et al.*, 1988	N = 15 ; LAtt	1. Deux formes TCCB	DAS = 82,6	1,65

[a] LAtt = Liste d'attente ; TBindiv = Thérapie behaviorale individuelle.
[b] TC = Thérapie conjugale ; TCCB = Thérapie conjugale cognitive-behaviorale ; TCOI = Thérapie conjugale orientée sur l'*insight* ; TCE = Thérapie conjugale centrée sur les émotions ; ER = Programme d'enrichissement de la relation ; Comm = Entraînement à la communication.
[c] Une deuxième ligne a été ajoutée lorsque deux approches très différentes ont été évaluées (p. ex., TCCB *vs* TCE plutôt que 3 formes de TCCB). Dans ces cas, la détresse conjugale moyenne et la taille de l'effet se rapporte à ce groupe traitement en particulier.
[d] DAS = Dyadic Adjustment Scale (Échelle d'ajustement dyadique) ; MAT = Marital Adjustment Test (Test d'ajustement marital) ; GDS = Global Distress Scale of the Marital Satisfaction Inventory (Échelle de détresse globale de l'Inventaire de satisfaction maritale) ; MMQ = Maudsley Marital Questionnaire (Questionnaire marital Maudsley) ; MMQ-Mar = Marital Scale of the Maudsley Marital Questionnaire (Échelle maritale du Questionnaire marital Maudsley) ; n/d = Information non disponible.

client. À partir des scores pré- et posttest d'un client, cette méthode permet de déterminer si celui-ci : a) est **rétabli** (score au-dessus du seuil clinique et grandeur du changement statistiquement significative), *b)* s'est **amélioré** (score sous le seuil clinique, mais grandeur du changement statistiquement significative) ou c) s'est **détérioré / est demeuré inchangé** (score sous le seuil clinique et grandeur du changement non significative) suite au traitement. Ainsi, un conjoint rétabli n'est plus en détresse et a grandement amélioré sa satisfaction conjugale au cours de la TC, un conjoint amélioré est toujours en détresse, mais a grandement progressé au niveau de sa satisfaction conjugale, et un conjoint détérioré ou inchangé est toujours en détresse et n'a pas augmenté sa satisfaction conjugale au cours du traitement.

Parmi les quatre groupes de chercheurs ayant comparé l'efficacité de deux approches mentionnées précédemment, seuls Snyder et Wills (1989) ont comparé la signification clinique des résultats. Les auteurs ont trouvé que plus de couples traités avec la TCCB qu'avec la TCOI étaient **rétablis** à la fin du traitement (55 % *vs* 40 %), alors que plus de couples traités avec la TCOI qu'avec la TCCB s'étaient **améliorés** (33 % *vs* 7 %). Toutefois, les auteurs n'ont pas vérifié si la différence entre ces pourcentages est significative (souvent, le nombre de sujets par catégorie est trop petit pour permettre des analyses statistiques). En somme, nous disposons à l'heure actuelle de peu d'informations concernant l'impact différentiel de chacun des traitements sur la vie réelle des clients.

Wright et ses collaborateurs (2007b) ont calculé, pour chaque étude recensée fournissant les données nécessaires au calcul, la taille de l'effet du traitement en comparant les scores du groupe traité au posttest à leurs propres scores au prétest sur une mesure de satisfaction conjugale telle que la Dyadic Adjustment Scale (DAS ; Spanier, 1976), le Marital Adjustment Test (MAT ; Locke et Wallace, 1959), le Marital Satisfaction Inventory (MSI ; Snyder, 1979) ou le Maudsley Marital Questionnaire (MMQ ; Crowe, 1978). Les mesures observationnelles n'ont pas été utilisées pour les analyses, étant donné qu'elles n'ont été employées que dans très peu d'études (18/50). Baucom *et al*. (1998) rapportent d'ailleurs que les tailles de l'effet calculées à partir de mesures observationnelles et autorapportées sont très similaires.

Par la suite, Wright et ses collaborateurs (2007b) ont comparé les tailles de l'effet intra-groupe obtenues pour les différentes approches de TC. Seules deux approches ont fait l'objet d'un nombre suffisant d'études pour permettre la comparaison : TCE et TCCB. Les auteurs ont trouvé que la taille de l'effet moyenne pour la TCE est de $d = 1{,}37$ ($n = 5$ études) tandis qu'elle est de $d = 1{,}09$ ($n = 29$ études) pour la TCCB et que cette différence est significative. Toutefois, les auteurs notent que les conditions dans lesquelles les deux traitements ont été testés diffèrent : la TCCB a été testée auprès de couples significativement plus en détresse (moyenne au DAS = 84,0, $s = 4{,}5$) que ceux auprès desquels la TCE a été évaluée (moyenne au DAS = 93,9, $s = 5{,}1$). De plus, la TCCB a été offerte en moyenne 14,5 heures aux clients alors que la TCE n'a été offerte que 10,4 heures en moyenne. Ainsi, il est possible que la différence entre les tailles d'effet rapportées

soit due aux conditions expérimentales plutôt qu'à l'efficacité du traitement lui-même. Ceci n'est toutefois qu'une hypothèse ; en l'absence d'études comparant les deux traitements dans des conditions similaires, il demeure impossible d'expliquer la différence entre les tailles de l'effet trouvées.

Trois études ont examiné l'impact de l'addition d'une composante de traitement d'une autre école à leur traitement : Baucom, Sayers et Sher (1990) ont ajouté l'expression des émotions à la TCCB, Halford, Sanders et Behrens (1993) ont ajouté l'exploration des émotions à la TCCB et James (1991) a ajouté l'entraînement à la communication à la TCE. Trois études ont tenté d'évaluer indépendamment l'impact des composantes cognitives et des composantes comportementales de la TCCB (voir le chapitre 6). À quelques exceptions près, ces études ont conclu que l'addition d'une composante n'a pas amélioré le traitement de base. Toutefois, allant dans le même sens que Baucom et ses collaborateurs (1998) et les auteurs du chapitre 6, nous soulignons que ces études n'ont en général pas respecté l'intégrité de la composante ajoutée (durée trop courte, thérapeutes non qualifiés dans cette approche, impossibilité pour le thérapeute d'adapter la séquence et l'intensité des ingrédients), tel que recommandé au chapitre 4.

En conclusion, nous partageons la position de Gurman et Fraenkel (2002) selon laquelle « très peu d'essais cliniques sérieux comparant deux formes de TC ont été menés, de sorte que les différences trouvées ne sont peut-être pas fiables et n'ont certainement pas été répliquées » (p. 244, traduction libre).

2. LA TC PERMET-ELLE DE TRAITER UNE PATHOLOGIE INDIVIDUELLE COMORBIDE À LA DÉTRESSE CONJUGALE ?

Seize études ont examiné l'efficacité de la TC pour traiter la pathologie d'un conjoint comorbide à la détresse conjugale : dépression (6 études), toxicomanie (7 études) et dysfonction sexuelle (2 études). Une étude a évalué l'efficacité de la TC chez des couples vivant avec un enfant malade. Wright *et al*. (2007b) rapportent que les tailles de l'effet pour les études de TC visant le traitement d'une pathologie comorbide varient de $d = 0{,}74$ à $d = 2{,}89$ ($M = 1{,}32$, ET = 0,59, *Méd* = 1,12). En comparaison, les tailles de l'effet pour les études de TC sans comorbidité varient de $d = 0{,}33$ à $d = 2{,}83$ ($M = 1{,}09$, ET = 0,55, *Méd* = 1,05). Ces résultats, qui nous semblent prometteurs, laissent croire que la TC peut être un traitement de choix pour diverses pathologies, au-delà de la détresse conjugale. Dans les sections qui suivent, nous examinerons plus en détail les résultats des études pour chacun de ces troubles.

2.1. La thérapie conjugale et la dépression

Pour le traitement de la dépression, trois études ont montré que la TCCB permet de diminuer à la fois les symptômes dépressifs du conjoint identifié et la détresse conjugale du couple (références au tableau 17.2). Toutes indiquent que la TCCB est aussi efficace

TABLEAU 17.2
Études d'efficacité de la thérapie conjugale visant la diminution de la détresse conjugale et le traitement d'une pathologie individuelle comorbide

Études	Nombre de couples dans l'échantillon (N), pathologie et sexe du patient identifié[a]	Groupes traitement et contrôle[b]	Détresse conjugale moyenne du groupe traité par la TC au prétest[c]	Taille de l'effet[d]
Beach et O'Leary, 1992	N = 45 ; Dépression (F)	1.TCCB ; 2. TCBindiv ; 3. LAtt	DAS = 80,1	0,97
Dessaulles *et al.*, 2003	N = 12 ; Dépression (F)	1. TCE ; 2. Médication	n/d	n/d
Emanuels-Zuurveen et Emmelkamp, 1996	N = 27 ; Dépression (H&F)	1. TCCB ; 2. TBindiv	MMQ-Mar = 29,0	1,00
Fals-Stewart et Birchler, 2002	N = 48 ; Alcoolisme (H)	1. Deux formes TCCB	DAS = 85,1	1,11
Fals-Stewart *et al.*, 1996	N = 80 ; Toxicomanie (H)	1. TCCB ; 2. TCBindiv	MAT = 67,5	1,59
Fals-Stewart *et al.*, 2001	N = 36 ; Toxicomanie (H)	1. TCCB + TCBindiv + Méthadone ; 2. TCBindiv + Méthadone	DAS = 72,8	1,45
Foley *et al.*, 1989	N = 18 ; Dépression (H&F)	1. TC interpersonnelle ; 2. Th. interpersonnelle indiv.	DAS = 99,6	2,89
Jacobson *et al.*, 1991	N = 23 ; Dépression (F)	1.TCCB ; 2. TCBindiv ; 3. TCCB + TCBindiv	DAS = 88,9	1,23
Leff *et al.*, 2000	N = 40 ; Dépression (H&F)	1. TC systémique ; 2. Médication	DAS = 96,5	n/d
MacPhee *et al.*, 1995	N = 49 ; Baisse du désir sexuel (F)	1. TCE ; 2. LAtt	DAS = 98,6	n/d
McCrady *et al.*, 1999	N = 90 ; Alcoolisme (H)	1. Trois formes TCCB	n/d	n/d
O'Farrell *et al.*, 1993	N = 59 ; Alcoolisme (H)	1. Deux formes TCCB	MAT = 87,3	0,74
O'Farrell *et al.*, 1985	N = 34 ; Alcoolisme (H)	1.TCCB ; 2. TC interactive en groupe ; 3. TCBindiv	MAT = 68,3	1,88
Walker *et al.*, 1996	N = 32 ; Couples ayant enfant atteint d'une maladie chronique	1. TCE ; 2. LAtt	DAS = 99,7	1,13
Winters *et al.*, 2002	N = 75 ; Toxicomanie (F)	1. TCCB + TCBindiv + TCBindiv en groupe ; 2. TCBindiv + TCBindiv en groupe	DAS = 76,5	0,95
Zimmer, 1987	N = 28 ; Dysfonction sexuelle secondaire (F)	1. TCCB + Thérapie sexuelle ; 2. Placebo + Thérapie sexuelle ; 3. LAtt	n/d	0,87

[a] H = Homme ; F = Femme.
[b] TC = Thérapie conjugale ; TCCB = Thérapie conjugale cognitive-behaviorale ; TCE = Thérapie conjugale centrée sur les émotions ; TBindiv = Thérapie behaviorale individuelle ; TCBindiv = Thérapie cognitive-behaviorale individuelle ; LAtt = Liste d'attente.
[c] DAS = Dyadic Adjustment Scale (Échelle d'ajustement dyadique) ; MAT = Marital Adjustment Test (Test d'ajustement marital) ; MMQ-Mar = Marital Scale of the Maudsley Marital Questionnaire (Échelle maritale du Questionnaire marital Maudsley) ; n/d = Information non disponible.
[d] Taille de l'effet du groupe traité en thérapie conjugale.

que la thérapie individuelle dans la réduction des symptômes de la dépression, mais plus efficace que celle-ci dans la diminution de la détresse conjugale. Foley *et al*. (1989) ont trouvé que la TC interpersonnelle est elle aussi efficace dans le traitement conjoint de la dépression et de la détresse conjugale, avec un échantillon toutefois petit (9 couples). Deux études ont comparé la TC à la médication : Dessaulles, Johnson, et Denton (2003) rapportent que la TCE et la médication sont également efficaces pour le traitement de la dépression chez la femme et Leff *et al*. (2000) ont trouvé que la TCS est supérieure aux antidépresseurs pour aider à diminuer les symptômes de dépression. Aucune de ces deux études n'a malheureusement rapporté les scores de satisfaction conjugale des sujets au posttest, ce qui empêche de déterminer si la TC a aussi permis d'améliorer la satisfaction des conjoints.

Comparant la TC à la thérapie individuelle, Jacobson *et al*. (1991) ont trouvé que, pour les couples en détresse dont un des conjoints souffre de dépression, la TCCB seule produisait les meilleurs gains. Par contre, pour les couples non en détresse, une combinaison de thérapie individuelle et de thérapie conjugale était la meilleure option. Ainsi, tel que mentionné au chapitre 13, le traitement de choix dépendrait du niveau de détresse du couple ou, plus précisément, du lien perçu entre la relation conjugale et la dépression.

Seuls Jacobson et ses collaborateurs (1991) ont rapporté la signification clinique des résultats sur une mesure de fonctionnement individuel (symptômes dépressifs) et sur une mesure de satisfaction conjugale. Au niveau des symptômes dépressifs, 87,5 % des conjoints identifiés ayant reçu la TCCB étaient remis à la fin du traitement, contre 71,4 % de ceux en thérapie individuelle. Sur le plan de la satisfaction conjugale, 75,0 % des couples ayant reçu la TCCB s'étaient améliorés au posttest, contre 42,9 % de ceux dont le conjoint identifié suivait une thérapie individuelle. Wright et ses collaborateurs (2007b) ont calculé les tailles de l'effet intra-groupes des études de TC pour des couples dont un conjoint est dépressif. Ils ont trouvé que la taille de l'effet moyenne est de $d = 1{,}52$ ($s = 0{,}92$, $n = 4$ études).

2.2. La thérapie conjugale et la toxicomanie

En ce qui concerne le traitement de la toxicomanie, seule l'approche TCCB a été étudiée et ce, dans 7 études. La TCCB, lorsqu'ajoutée à un programme individuel de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, permettrait de contrôler la consommation du conjoint identifié et de diminuer la détresse conjugale des deux conjoints mieux que le traitement individuel seul (références au tableau 17.2). Une seule (O'Farrell, Cutter et Floyd, 1985) des 7 études sur le traitement des couples où un conjoint abuse d'alcool ou de drogues a brièvement mentionné la signification clinique des résultats sur une mesure combinée de « l'absence de rupture de la relation » et d'abstinence prolongée. Les auteurs rapportent que 100 % des couples ($n = 10$) ayant reçu la TCCB étaient toujours ensemble à la fin du traitement et le conjoint identifié de ces couples était demeuré

abstinent au moins 95 % des jours. En comparaison, 58 % (n = 7) des couples traités par la TC interactive (c'est-à-dire le traitement habituellement offert) et 58 % (n = 7) des couples non traités étaient dans la même situation au posttest. Concernant la TC pour la toxicomanie, Wright et ses collaborateurs (2007b) rapportent une taille de l'effet moyenne de d = 1,29 (s = 0,43, n = 6 études). En somme, tel qu'affirmé au chapitre 12, les preuves empiriques et cliniques indiquent que la TCCB constitue un ajout pertinent pour le traitement de plusieurs couples aux prises avec un problème de dépendance.

2.3. La thérapie conjugale et les dysfonctions sexuelles

Comme on l'a vu au chapitre 7, l'utilité de la TC pour le traitement des dysfonctions sexuelles a étonnamment été très peu étudiée et ce, malgré la forte comorbidité entre dysfonction sexuelle et détresse conjugale (Christensen et Heavey, 1999). L'efficacité de la TCE pour le traitement de l'absence de désir chez la femme a été examinée par MacPhee, Johnson et Van der Veer (1995) et l'efficacité de la TCCB pour le traitement d'une dysfonction sexuelle secondaire chez la femme (troubles du désir, de l'excitation sexuelle ou de l'orgasme) a été évaluée par Zimmer (1987). Les deux études rapportent que la TC contribue à diminuer certains symptômes de la dysfonction sexuelle mieux qu'un placebo (c'est-à-dire séances de relaxation et d'information) ou l'absence de traitement. Zimmer (1987) rapporte que la TC permettrait aussi d'augmenter la satisfaction conjugale mieux qu'un placebo ou l'absence de traitement, mais ce résultat n'a pas été répliqué par MacPhee et ses collaborateurs (1995).

La signification clinique a été abordée par MacPhee *et al*. (1995). Toutefois, étant donné que les auteurs n'ont pas trouvé de différence statistiquement significative entre le groupe contrôle et le groupe traitement sur une mesure de satisfaction conjugale et sur plusieurs des mesures de satisfaction sexuelle employées, il nous paraît inutile de présenter ici ce qu'ils rapportent sur la signification clinique des résultats. En effet, comme le mentionnent les auteurs, ces résultats ne sont que descriptifs et ne permettent pas de pallier l'absence de signification statistique. Seul Zimmer (1987) a inclus les données nécessaires au calcul de la taille de l'effet, laquelle est d = 0,87 (Wright *et al*., 2007b).

Comme Baucom *et al*. (1998) et Bergeron et ses collaborateurs (voir le chapitre 7) le mentionnent, il est encore difficile de répondre aux questions concernant le traitement à privilégier par les cliniciens dans des cas de dysfonctions sexuelles. Premièrement, devrions-nous traiter les individus souffrant de dysfonction sexuelle seuls ou en couple ? Deux études (Ersner-Hershfield et Kopel, 1979 ; Hurlbert, 1993, cités dans Baucom *et al*., 1998) ont rapporté de meilleurs résultats avec le traitement en couple. Deuxièmement, la TC peut-elle remplacer la thérapie sexuelle (TS) ? À ce sujet, Baucom et ses collaborateurs (1998) concluent qu'aborder directement la sexualité en thérapie semble être un élément non négligeable dans le traitement d'une dysfonction sexuelle, lequel élément fait partie de la TS beaucoup plus que de la TC. Troisièmement, la TC devrait-elle

précéder toute TS ? Les résultats de Zimmer (1987) appuient cette hypothèse, mais Hartman et Daly (1983, cité dans Baucom *et al.*, 1998) ont à l'inverse rapporté de meilleurs résultats lorsque la TS précède la TC.

En somme, il semble que la TC puisse être efficace pour des couples dont un conjoint souffre de dépression, de toxicomanie et potentiellement d'une dysfonction sexuelle. Toutefois, il est encore impossible de déterminer quelle approche est à recommander dans chacun des cas, puisque trop peu d'études ont été conduites et qu'aucune étude n'a encore comparé deux approches pour le traitement d'un trouble comorbide à la détresse conjugale. De plus, comme les conditions dans lesquelles la TC s'est révélée efficace pour le traitement de la pathologie individuelle diffèrent des conditions de travail du clinicien en pratique privée, il importe que ce dernier applique avec prudence les données probantes. Nous discuterons plus longuement du transfert de la recherche vers la pratique lorsque nous aborderons la représentativité clinique à la section 7 de ce chapitre.

3. QU'EST-CE QU'UNE TC RÉUSSIE ?

Comment définir le succès en TC ? Cette question, plus complexe qu'elle ne le semble, intéresse de plus en plus les auteurs dans le domaine. Traditionnellement, les chercheurs utilisaient une définition simple et linéaire du succès : la TC est réussie si le couple présente moins de détresse conjugale et moins de comportements problématiques à la fin du traitement qu'au début (Jacobson, 1977 ; Liberman, Levine, Wheeler *et al.*, 1976). Cette définition, simpliste et réductionniste aux yeux de tout clinicien aux prises avec des cas complexes, s'est heureusement enrichie avec le temps. Des auteurs y ont ajouté des critères de réussite comme l'intimité (p. ex., Psychosocial Intimacy Questionnaire ; Tesch, 1985), le changement désiré chez le partenaire (p. ex., Areas of Change Questionnaire ; Weiss, Hops et Patterson, 1973) et le fonctionnement individuel (p. ex., Beck Depression Inventory ; Beck, Ward et Mendelson, 1961). De plus, des mesures observationnelles (Bélanger, Sabourin, Dulude et Wright, 1993 ; Hops, Wills, Patterson et Weiss, 1972) permettant de coter les interactions du couple sont parfois employées pour tenter de capter ce que les mesures autorapportées omettent. L'utilisation concomitante de plusieurs instruments permet aux chercheurs de mesurer les changements à plusieurs niveaux, au-delà de la satisfaction conjugale seule, et ainsi de tracer un portrait plus global du fonctionnement des clients.

Quoique pertinents, ces avancements dans l'évaluation du succès ne sont utiles que pour les couples qui souhaitent améliorer leur relation. Le divorce est trop souvent considéré comme un échec par les chercheurs, malgré qu'il soit de plus en plus évident qu'une séparation constructive est favorable à une relation stable et destructrice (Christensen *et al.*, 2004 ; Christensen *et al.*, 2005 ; Christensen et Heavy, 1999 ; Sexton *et al.*, 2004 ; Tremblay, Wright, Sabourin, Mamodhoussen et McDuff, à paraître ;

Vansteenwegen, 1998). De plus, une situation fréquemment rencontrée par les thérapeutes de couple est celle où un couple (ou un des conjoints) hésite à poursuivre la relation (Tremblay *et al*., 2006). Dans ce cas, le but de la TC n'est plus d'augmenter la satisfaction conjugale des conjoints, mais plutôt de les aider à prendre une décision quant à l'avenir de leur relation. Cette situation n'a malheureusement été abordée que dans une seule étude, celle de Tremblay et ses collaborateurs (2006). Les auteurs recommandent d'ailleurs que les chercheurs répartissent dorénavant les couples selon le mandat qu'ils poursuivent (amélioration de la relation, résolution de l'ambivalence, gestion de la séparation ou intervention de crise) avant d'entreprendre une recherche évaluative.

Afin de combler les lacunes évidentes d'une définition unique du succès excluant les couples séparés et ambivalents, des auteurs ont récemment proposé d'utiliser l'atteinte des objectifs comme critère de succès (Boisvert, Wright, Mondor, Lorange et McDuff, 2007 ; Hampson et Beavers, 1996 ; Ward et McCollum, 2005). Un instrument tel le Goal Attainment Scaling (GAS ; Kiresuk, Smith et Cardillo, 1994) permet au couple et au thérapeute de fixer des objectifs individualisés et de considérer que la TC est un succès si ces objectifs sont atteints. Le succès est ainsi défini sur une base individuelle, ce qui, toutefois, a comme inconvénient le manque d'uniformité dans les données recueillies. En effet, il est difficile de comparer l'efficacité de deux approches (ou de deux techniques, de deux thérapeutes, etc.) lorsque le critère de réussite est différent d'un couple à l'autre. Par ailleurs, cet instrument permet de rendre compte des situations fréquentes où chacun des conjoints et le thérapeute ont des visions différentes du résultat de la thérapie, alors que les instruments autorapportés ne captent que la perception des clients.

En somme, il semble que la meilleure définition possible du succès soit multidimensionnelle et inclue une évaluation du fonctionnement conjugal, du fonctionnement individuel dans plusieurs sphères de la vie et du progrès accompli au cours de la TC. Or, avec une telle définition du succès, plusieurs instruments de mesure complémentaires doivent être utilisés : questionnaires autorapportés, questionnaires complétés par le thérapeute et mesures observationnelles qui, ensemble, touchent à plusieurs sphères différentes. Malheureusement, les études évaluatives utilisant souvent des définitions simplistes du succès, il demeure difficile d'estimer l'impact réel de la TC, en particulier pour les couples qui se séparent ou qui hésitent à poursuivre leur relation.

4. COMBIEN DE TEMPS LES EFFETS DE LA TC SONT-ILS MAINTENUS ?

La question de la durabilité du changement en est une qui préoccupe certainement plusieurs cliniciens : Le couple qui termine aujourd'hui maintiendra-t-il les gains thérapeutiques ? Si oui, combien de temps ? Ces questions ont été abordées dans plus de la moitié des recherches évaluatives en TC. Parmi les 50 études recensées par Wright et ses collaborateurs (2007b), 30 ont suivi les couples après la fin du traitement, pour une durée allant de 1 à 48 mois (M = 9,7 mois, Méd = 6 mois). De façon générale, ces

études ont constaté que les gains présents à la fin du traitement (c'est-à-dire une satisfaction conjugale plus élevée et/ou une diminution des symptômes du trouble individuel) étaient maintenus après quelques mois (p. ex., Baucom *et al*., 1990 ; Johnson et Greenberg, 1985a ; O'Farrell *et al*., 1993 ; O'Leary et Beach, 1990).

Seulement trois études ont évalué la durabilité du changement sur une mesure de satisfaction conjugale pour une période dépassant un an. Jacobson, Schmaling et Holtzworth-Munroe (1987) ont constaté qu'environ 30 % des couples considérés remis à la fin de la TCCB avaient rechuté dans les deux années suivantes. Snyder, Wills et Grady-Fletcher (1991) ont trouvé que 38 % des couples ayant reçu la TCCB étaient divorcés quatre ans après la fin du traitement, comparativement à seulement 3 % des couples ayant reçu la TCOI. Cloutier, Manion, Walker et Johnson (2002) ont évalué des couples ayant un enfant atteint d'une maladie chronique deux ans après la fin de la TCE. Les auteurs rapportent que le score moyen de satisfaction conjugale des couples au suivi était statistiquement non différent du score moyen à la fin du traitement. Toutefois, il importe de souligner que le score moyen de satisfaction conjugale initiale de ces couples (DAS = 99,7) était plus élevé que celui des couples de 48 des 50 études recensées par Wright et ses collaborateurs (2007b), ce qui, comme l'avancent Goldman et Greenberg (1992), pourrait avoir favorisé le maintien des gains.

En somme, il semblerait que les couples maintiennent les gains accomplis en TC pour un certain temps (c'est-à-dire quelques mois), mais, selon des données peu nombreuses nécessitant une réplication, une portion de ceux-ci auraient tendance à rechuter quelques années après la fin du traitement. Quant à savoir quelle approche produit les gains les plus durables et qui sont ces couples qui rechutent, nous devrons attendre la publication d'autres études comparant différents traitements afin de répondre à la question.

En ce qui concerne les études ciblant les couples en détresse dont un conjoint souffre d'une difficulté individuelle, 7/16 ont recueilli des données après la fin du traitement, mais, malheureusement, toutes n'ont pas mesuré à la fois le fonctionnement individuel du patient identifié et l'ajustement conjugal.

Trois études (Beach et O'Leary, 1992 ; Dessaules *et al*., 2003 ; Leff *et al*., 2000) ont examiné le maintien des gains suite à la TC chez des couples dont un conjoint est déprimé. Les auteurs ont trouvé que la diminution des symptômes dépressifs obtenue à la fin du traitement était maintenue par la suite, mais que l'intervention de couple n'était, à cet égard, supérieure ni à la thérapie behaviorale individuelle ni à la médication. Seuls Beach et O'Leary (1992) ont suivi la stabilité des changements au niveau du couple et ont trouvé que la thérapie individuelle et la TCCB engendraient également le maintien des gains après 12 mois. Toutefois, tel que discuté plus en détail au chapitre 13, la supériorité de la TCCB sur la thérapie behaviorale individuelle semble plus évidente pour les couples où la détresse conjugale initiale est très élevée et la détresse conjugale est perçue comme ayant précédé la dépression.

Par ailleurs, cinq études ont évalué le maintien des gains suite à la TCCB pour toxicomanie. Comme nous l'avons mentionné à la section 2, globalement, les études ont montré que la TCCB ajoutée à un programme standard de traitement de la toxicomanie produit des résultats supérieurs au programme individuel seul, pour ce qui est du changement entre le prétest et le posttest. Deux études ont comparé le maintien des gains (abstinence et satisfaction conjugale) de la thérapie individuelle à ceux de la TCCB sur une période de un an (Fals-Stewart, Birchler et O'Farrell, 1996 ; Winters, Fals-Stewart, O'Farrell *et al*., 2002). Elles ont conclu que, bien que les gains de la TCCB étaient supérieurs au posttest, la différence disparaissait avec le temps. Trois études rapportent une diminution de la satisfaction conjugale au cours des 9 à 12 mois suivant la fin du traitement, mais jamais jusqu'au niveau observé initialement (Fals-Stewart et Birchler, 2002 ; McCrady, Epstein et Hirsch, 1999 ; O'Farrell, Choquette, Cutter *et al*., 1993).

5. POUVONS-NOUS PRÉDIRE QUELS COUPLES PROFITERONT DE LA TC ?

Tel que présenté en détail par Sexton *et al*. (2004, p. 608), les chercheurs ont examiné un large éventail de questions sur les **variables modératrices** qui permettent de prédire le changement en TC et sur les **variables médiatrices** par lesquelles s'opère le changement en TC. Nous examinerons d'abord l'état des connaissances sur les variables permettant de prédire le changement, puis, dans la section suivante, les résultats des recherches sur le processus de la TC.

Plusieurs auteurs ont examiné l'effet des variables démographiques sur l'impact de la TC, mais tel que souligné par Sexton et ses collaborateurs (2004) et Mondor (2005), les résultats sont très peu constants d'une étude à l'autre. L'âge, le niveau de scolarité, le statut socioéconomique, le nombre d'enfants, la différence d'âge, la durée de la relation, la durée des problèmes conjugaux et le fait d'envisager le divorce ou d'avoir vécu une séparation temporaire sont autant de variables liées à la satisfaction conjugale posttraitement dans certaines études, mais non dans d'autres. Les variables démographiques semblent donc être un piètre prédicteur du résultat de la TC (Snyder, Cozzi et Mangrum, 2002).

Quelques études ont examiné le lien entre la satisfaction conjugale prétraitement et le résultat de la TC. Somme toute, il semble que plus un couple est satisfait au début de la TC, plus il sera satisfait à la fin du traitement et moins il risque d'abandonner le traitement ou de terminer celui-ci par un divorce (Mondor, 2005).

Par ailleurs, tel que mentionné aux chapitres 1 et 2, des observations cliniques laissent croire que le style d'attachement des clients aurait un impact sur le résultat de la TC. Malheureusement, seulement une étude a, à ce jour, examiné la question. West, Sheldon et Reiffer (1987) ont constaté que les hommes recherchant plus de proximité étaient plus satisfaits à la fin de la TC et que les couples où l'homme était plus distant étaient plus satisfaits trois mois après la fin de la TC.

Finalement, les traits de personnalité des clients constituent aussi une caractéristique qui semble susceptible de prédire le résultat de la TC. Deux études ont conclu que certains aspects de la personnalité comme la féminité et la masculinité (Baucom et Aiken, 1984) et le traditionalisme (Jacobson, Follette et Pagel, 1986) sont liés au résultat de la TC. Aucune étude en TC n'a à ce jour utilisé une mesure de la personnalité basée sur le modèle en cinq facteurs (p. ex., NEO-FFI ; Costa et McCrae, 1992), malgré que, comme on l'a vu au chapitre 1, les traits de personnalité du Big Five aient été liés à la satisfaction conjugale chez des couples de la population générale (Bouchard, Lussier et Sabourin, 1999).

Beaucoup de questions demeurent sans réponse. Notre équipe mène actuellement une recherche en milieu clinique avec, entre autres, comme objectif d'identifier les prédicteurs du changement en TC (Mondor, 2006).

6. QUELS PROCESSUS EXPLIQUENT LE CHANGEMENT EN TC ?

Trois catégories de mécanismes pouvant expliquer le changement en TC ont été examinés jusqu'à maintenant : la réduction des interactions négatives entre les conjoints, le contrôle des clients sur le déroulement des séances et l'alliance thérapeutique. Trois études (voir Sexton *et al.*, 2004) soutiennent les résultats de Kelly et Halford (1995) selon lesquels la réduction des interactions négatives en TCCB serait liée à l'augmentation de la satisfaction conjugale à la fin du traitement. Butler et Wampler (1999) ont constaté qu'une meilleure coopération est établie entre le couple et le thérapeute lorsque le couple a la possibilité de décider du contenu des séances que lorsque le thérapeute est entièrement responsable de leur déroulement. Les couples de cette étude ont spécifié avoir rencontré plus d'embûches avec le thérapeute lorsqu'ils percevaient n'avoir que peu de contrôle sur le déroulement de la TC. Le troisième des mécanismes de changement énoncés, l'alliance thérapeutique, a fait l'objet de 12 recherches publiées. Les résultats de ces nombreuses études ainsi que leurs principales implications seront ici présentés en détail.

Pinsof et Catherall (1986) définissent l'alliance thérapeutique comme la somme des ententes, des accords et des liens qui se forment entre le thérapeute et le couple, ainsi qu'entre le thérapeute et chacun des conjoints. Il s'y ajoute une dimension interpersonnelle comprenant trois niveaux d'interactions : soi-thérapeute, conjoint-thérapeute et couple-thérapeute. Récemment, Pinsof (1995) a ajouté un autre niveau d'interaction dans sa dimension interpersonnelle pour tenir compte de l'alliance thérapeutique entre les deux conjoints, en l'occurrence le soi-autre. Symonds et Horvath (2004) nomment cette relation l'allégeance ou relation entre les partenaires.

Les trois postulats mis de l'avant par Pinsof (1995) sont : *a)* la qualité de l'alliance en thérapie conjugale (ATC) formée entre un conjoint et un thérapeute sera en partie influencée par la perception qu'a ce même conjoint de l'alliance thérapeutique formée

entre son partenaire et le thérapeute ; *b)* lorsque les conjoints ont une perception similaire de l'alliance thérapeutique (positive-positive ou négative-négative), leur alliance est dite intacte ; lorsqu'ils ont une perception différente de l'alliance (positive-négative), l'alliance est dite divisée (*split*) ; *c)* l'ATC peut varier d'une rencontre à une autre, c'est-à-dire qu'il peut se produire des fluctuations et des réparations dans l'alliance.

En ce qui concerne la recherche, une première série de quatre études a tenté d'isoler les variables prétraitement pouvant prédire le développement de l'alliance thérapeutique. Deux études n'ont trouvé aucun lien entre le niveau de détresse psychologique des conjoints et la formation de l'alliance en TC, mais rapportent qu'une détresse conjugale élevée semble nuire à la formation d'une alliance positive (Knobloch- Fedders, Pinsof et Mann, 2004 ; Mamodhoussen, Wright, Tremblay et Poitras-Wright, 2005). Ce dernier résultat n'a toutefois pas été répliqué par Bourgeois, Sabourin et Wright (1990) et Johnson et Talitman (1997). Cependant, certaines facettes des protocoles de recherche de ces deux dernières études peuvent avoir nui à la vérification de l'hypothèse : Bourgeois *et al*. (1990) ont évalué la TC de groupe et Johnson et Talitman (1997) n'ont pas analysé les résultats séparément pour les hommes et les femmes. Finalement, Knobloch-Fedders et ses collaborateurs (2004) ont trouvé que les hommes et les femmes qui rapportaient avoir grandi dans une famille d'origine dysfonctionnelle avaient plus de difficulté à former une alliance positive avec le thérapeute.

Les recherches sur le défi clinique posé par une alliance divisée (*split alliance* ; Pinsof, 1995) sont plus rares et les résultats plus inconstants. Mamodhoussen et ses collaborateurs (2004) ont trouvé que l'alliance divisée est plus fréquente lorsque l'homme est plus perturbé psychologiquement et que la femme l'est moins. Knobloch-Fedders et ses collaborateurs (2004) ont constaté que tant la détresse conjugale chez la femme que la détresse vécue dans la famille d'origine de l'homme ou de la femme sont liées au développement d'une alliance divisée.

Un très grand nombre d'études en thérapie individuelle ont tenté d'examiner le lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les gains des clients en thérapie. Ces études, ainsi que les méta-analyses qui ont été effectuées (Horvath et Symonds, 1991 ; Martin, Garske et Davis, 2000) démontrent que l'alliance prédit les gains thérapeutiques en psychothérapie individuelle et que cette relation est modérée et constante.

Nous avons identifié neuf études empiriques ayant examiné le lien entre l'alliance thérapeutique mesurée à la première et /ou à la troisième rencontre et les gains observés à la fin de la TC. Toutes ces études comptaient au minimum 24 couples dans l'échantillon. Huit des neuf études ont trouvé une relation positive entre l'alliance et les gains thérapeutiques. Plus spécifiquement, quatre études ont établi un lien positif entre l'alliance et les gains en TCCB. En effet, Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen et Whisman (1989) ont trouvé qu'une mesure d'alliance prédit la satisfaction conjugale posttraitement avec 32 couples. Bourgeois et ses collaborateurs (1990) ont trouvé que,

pour les femmes, la qualité de l'alliance thérapeutique détermine l'amélioration de leur satisfaction conjugale et que, pour les hommes, la qualité de l'alliance thérapeutique prédit aussi l'amélioration de leur satisfaction conjugale, mais également l'amélioration de leur capacité à résoudre des problèmes, la diminution des conflits et l'augmentation de leur bonheur. Les couples de cette étude (N = 63) étaient suivi en TCCB de groupe. Brown et O'Leary (2000) ont mené une étude auprès de 70 couples suivis en TCCB où l'homme était violent. Ils ont trouvé que l'alliance ne permettait pas de prédire l'abandon, mais qu'elle permettait de prédire la diminution de la violence psychologique et physique chez ceux qui complétaient le traitement. Finalement, Raytec, McCrady, Epstein et Hirsch (1999) ont mené une étude auprès de 66 couples suivis dans trois formats de TCCB pour couples dont l'homme est alcoolique : la qualité de l'alliance était liée à la finalisation du traitement, mais pas aux gains thérapeutiques.

Des résultats similaires concernant le lien entre la qualité de l'alliance et les gains thérapeutiques ont été obtenus avec d'autres approches de TC. Dans une étude réalisée auprès de 24 couples suivi en TC intégrée (Integrative Problem Centered Therapy ; Pinsof, 1983), Pinsof et Catherall (1986) ont trouvé un lien positif entre l'alliance et le progrès accompli tel qu'évalué par le thérapeute.

Une seconde étude conduite par Pinsof et son équipe de Northwestern University a démontré que l'alliance thérapeutique explique de 5 à 22 % de la diminution de la détresse conjugale entre la 1re et la 8e séance (Knobloch-Fedders, Pinsof et Mann, 2007). Cette étude a été menée auprès de 80 individus, suivis en TC intégrée et évalués grâce au Marital Satisfaction Inventory (Snyder, 1979).

Johnson et Talitman (1997) ont également montré, à l'aide d'un échantillon de 34 couples suivis en TC centrée sur les émotions, que l'alliance thérapeutique prédit l'augmentation de la satisfaction conjugale des couples. Pour leur part, Hampson, Prince et Beavers (1999) ont évalué l'alliance chez 45 couples en TC systémique. Il ressort que la sous-échelle d'ouverture du thérapeute, combinée avec d'autres facteurs, prédit l'atteinte des objectifs des couples et la durabilité des changements. Finalement, le résultat d'une TC de courte durée réalisée auprès d'un échantillon de 47 couples est plus positif lorsque les conjoints s'entendent sur la force de l'alliance, lorsque l'alliance est plus forte chez l'homme que chez la femme et lorsque l'alliance chez les deux conjoints augmente avec l'avancement de la thérapie (Symonds et Horvath, 2004).

L'ensemble des études empiriques semblent démontrer que certaines caractéristiques des clients influencent la capacité de former une alliance en TC et que l'alliance prédit de façon modérée mais constante les gains en thérapie conjugale. Les résultats semblent constants à travers les approches (TCCB, TCE, TC intégrée) et modalités (couple ou groupe de couples) de la TC. En somme, il est possible de conclure que l'emphase placée sur le développement de l'alliance en TC dans plusieurs chapitres de ce livre (2 et 4) est partiellement soutenue par la recherche. Plusieurs résultats confirment les hypothèses de Pinsof (1995) et Symonds et Horvath (2004) : la nature, les déterminants,

l'évolution et l'impact de l'alliance est beaucoup plus complexe en TC qu'en thérapie individuelle. Par exemple, plusieurs études semblent indiquer que l'alliance établie entre le clinicien et l'homme est un meilleur prédicteur des gains en TC que celle déployée avec la femme. Évidemment, avant d'appliquer ce principe dans la pratique courante auprès des couples hétérosexuels ou homosexuels, il importe de se demander si ce résultat est réellement une question de sexe ou plutôt de dominance, de niveau d'engagement dans la relation ou dans l'intervention, etc.

Jusqu'à maintenant aucune étude n'a tenté de vérifier une des hypothèses centrales du modèle de Pinsof (1995) pour le travail clinique : *c'est l'évolution dans le temps du rapport entre a) l'alliance entre les deux conjoints (**allégeance**) et b) l'alliance avec l'intervenant qui est le meilleur prédicteur à la fois d'un engagement en thérapie (absence d'abandon) et des améliorations du couple*. Cette hypothèse touche à la fois la notion des alliances **intactes ou divisées** et le **développement, la rupture et la réparation** de l'alliance. Des études confirment toutefois des morceaux du casse-tête. Tel que mentionné ci-haut, Mamodhoussen et ses collaborateurs (2004) et Knobloch-Fedders et ses collaborateurs (2004) ont trouvé que certaines caractéristiques des clients prédisent la formation d'une alliance divisée, et Symonds et Horvath (2004) ont constaté une relation positive entre la qualité de l'alliance et les résultats de la TC lorsque les conjoints s'entendent sur la force de l'alliance et que celle-ci s'améliore au fil des séances.

En terminant, parmi les mécanismes qui pourraient expliquer les processus de changement en TC (p. ex., la réduction des interactions négatives, le contrôle des clients sur les séances et l'alliance thérapeutique), l'alliance thérapeutique est le seul à avoir fait l'objet d'un nombre significatif d'études. Le modèle d'alliance en TC actuellement le plus influent, celui de Pinsof (1995) est à la hauteur des observations cliniques décrites dans plusieurs des chapitres de ce livre. Bien que les résultats actuels soutiennent les hypothèses les plus simples de ce modèle, le clinicien doit tout de même encore prendre la majorité de ses décisions sans appui empirique.

7. LES RECHERCHES EN TC SONT-ELLES REPRÉSENTATIVES DE LA RÉALITÉ CLINIQUE ?

Le fossé entre la recherche et la réalité clinique en TC est souligné depuis plus de 20 ans (Pinsof et Wynne, 1995). La majorité des revues scientifiques et organismes subventionnaires exigent que la recherche évaluative respecte une série de critères garantissant la **validité interne** du protocole (p. ex., l'homogénéité des caractéristiques des clients, une durée du traitement fixe, etc.). Malheureusement, en respectant ces critères, la recherche évaluative est trop souvent menée dans des conditions si différentes de la réalité clinique que grand nombre de cliniciens trouvent peu pertinent d'en prendre connaissance (Addison *et al*., 2002). Grâce aux innovations de Shadish *et al*. (1997), une définition opérationnelle de la **représentativité clinique** (**RC**) est maintenant disponible :

la généralisabilité des procédures de recrutement, des procédures d'évaluation et de diagnostic, du protocole de traitement et des résultats de la thérapie du milieu de recherche au milieu de pratique réel. De plus, Shadish et ses collaborateurs (2000) ont développé une grille de cotation en 10 dimensions qui permet d'évaluer la RC d'une recherche évaluative.

Wright et ses collaborateurs (2007b) ont coté la représentativité clinique de 50 études évaluant l'efficacité de la TC selon les 10 dimensions proposées par Shadish : niveau d'acuité des problèmes, milieu de traitement, sources de références, expérience des thérapeutes, niveau de structure du traitement, surveillance des thérapeutes, hétérogénéité des problèmes, entraînement des thérapeutes, flexibilité du nombre de séances et liberté des thérapeutes. Ils ont constaté que le score global moyen de représentativité clinique des études sur le TC était de 4,19 sur 10 (ET = 1,67), ce qui est presque à mi-chemin entre des conditions totalement contrôlées et des conditions totalement réelles (voir le tableau 17.3). Ainsi, l'étude évaluative moyenne en TC est encore bien loin d'examiner ce qui se passe réellement dans le bureau d'un clinicien. Par exemple, parmi les études recensées par Wright et ses collaborateurs (2007b), 59 % des études rapportant l'information ont utilisé des étudiants gradués plutôt que des professionnels comme thérapeutes, 73 % ont offert une thérapie gratuite aux clients et 83 % ont administré un traitement hautement structuré par le protocole de recherche et non ajusté aux besoins des clients. Sur une note plus encourageante, les auteurs ont constaté que les 16 études ayant évalué la TC pour traiter la détresse conjugale et une pathologie individuelle comorbide (c'est-à-dire les cas que les cliniciens rencontrent le plus souvent) sont, en moyenne, plus représentatives de la réalité clinique (M = 4,68 sur 10, ET = 1,45) que les 34 études qui visaient des couples sans problème comorbide (M = 3,79 sur 10, ET = 1,73). Cependant, la cote moyenne de représentativité clinique des études en thérapie conjugale semble plus faible que celle de l'ensemble des recherches évaluatives (thérapie individuelle pour divers problèmes, thérapie conjugale et familiale), lesquelles ont reçu une cote moyenne de 6,76 sur 10 (Shadish *et al*., 2000) (voir le tableau 17.3).

En contexte de recherche, les intervenants travaillent en respectant plusieurs limites bien définies. Habituellement, les thérapeutes ne sont pas responsables de la sélection et de l'évaluation des couples, et il arrive que des couples peu motivés abandonnent avant même d'avoir rencontré le thérapeute. De plus, quand la TC a lieu, les processus de conceptualisation du cas et de l'évaluation systématique peuvent être restreints et certains types de couples souvent vus en pratique privée ou dans les milieux hospitaliers peuvent être exclus pour maximiser l'homogénéité des participants et l'efficacité du traitement. Par exemple, des couples considérant le divorce ou très ambivalents par rapport à la suite de la relation sont systématiquement exclus d'un grand nombre de protocoles de recherche, tout comme les couples où l'un des conjoints souffre d'une dysfonction sexuelle, de dépression, de toxicomanie ou d'un trouble de la personnalité. De même, les objectifs thérapeutiques (habiletés de communication et de résolution de problèmes, expression des émotions, etc.) et les stratégies pour les atteindre sont standardisés et prédéfinis par les chercheurs, peu importe les besoins des clients.

TABLEAU 17.3
Représentativité clinique (RC) moyenne des études de thérapie conjugale visant la diminution de la détresse conjugale (TCDC), des études de thérapie conjugale visant la diminution de la détresse conjugale et le traitement d'une pathologie individuelle comorbide (TCDC+PC) et de 90 études évaluatives cotées par Shadish *et al.* (2000)

Critère de réprésentativité clinique	RC moyenne des études de TCDC (n = 34)	Nombre d'études de TCDC avec information sur critère	RC moyenne des études de TCDC+PC (n = 16)	Nombre d'études de TCDC+PC avec information sur critère	RC moyenne de 90 études cotées par Shadish *et al.*, 2000
Niveau d'acuité des problèmes	0,67	30	0,72	16	0,93
Milieu de traitement	0,45	21	0,75	12	0,72
Sources de références	0,58	32	0,53	15	0,59
Expérience des thérapeutes	0,40	31	0,49	15	0,57
Niveau de structure du traitement	0,18	34	0,57	14	0,76
Surveillance des thérapeutes	0,10	20	0,00	12	0,77
Hétérogénéité des problèmes	0,76	33	0,74	16	0,67
Entraînement des thérapeutes	0,44	34	0,31	16	0,68
Flexibilité du nombre de séances	0,38	33	0,42	16	0,28
Liberté des thérapeutes					0,79
Score total	3,96		4,68		6,76

Finalement, les manuels de traitement doivent souvent être suivis à la lettre et les thérapeutes sont supervisés et observés pour s'assurer qu'ils adhèrent au manuel et qu'ils sont compétents.

Évidemment, les conditions dans lesquelles pratiquent habituellement les thérapeutes de couple diffèrent grandement de celles décrites ci-dessus. L'intervenant de couple moyen aux États-Unis a entre 13 et 16 ans d'expérience, perçoit au moins 80 $ par séance, reçoit des clients autoréférés et travaille seul en pratique privée (Doherty et Simmons, 1996 ; Northey, 2002). Au Québec, une enquête réalisée auprès de 453 psychologues œuvrant auprès de couples et de familles montre que 80,8 % exercent en pratique privée (Lamarre et Lussier, 2007). Par contre, cette enquête ne tient pas compte des autres psychothérapeutes (travailleurs sociaux, sexologues, médecins, psychiatres, etc.) qui peuvent aussi exercer dans un milieu hospitalier ou dans un centre de santé

et de services sociaux. Les conditions de travail en pratique privée engendrent une répartition du pouvoir plus équilibrée entre clients et thérapeutes dans la prise des décisions affectant le mandat, la fréquence des séances, les buts et stratégies thérapeutiques, le critère de succès, etc. Un client qui paie pour un service a également le choix de l'interrompre à tout moment. Ainsi, il a beaucoup plus d'emprise sur le déroulement du traitement qu'un sujet de recherche payé pour recevoir un traitement dans le cadre d'un protocole. Dans des conditions réelles, les thérapeutes ne sont habituellement pas soutenus pas une équipe d'assistants et de professionnels qui recrutent, sélectionnent et évaluent soigneusement les couples. De plus, les thérapeutes en milieu naturel traitent généralement plusieurs clients très perturbés simultanément. Selon notre expérience, la pratique des thérapeutes de couple en milieu clinique est basée sur l'activation rapide du jugement clinique et l'application de différents types d'interventions adaptées aux besoins des clients, lesquels présentent souvent des problèmes complexes et comorbides. Une dérogation au protocole de traitement décrit dans certains manuels de traitement (p. ex., TCCB, Epstein et Baucom, 2002 ; TCE, Johnson, 2004) est souvent nécessaire pour convaincre les couples difficiles à s'engager dans le traitement, pour maintenir leur motivation au cours du traitement et pour augmenter la probabilité de succès. Finalement, l'observation et la supervision des thérapeutes n'est certainement pas la norme.

Par ailleurs, certaines similitudes semblent exister entre les conditions de recherche et de pratique clinique. Par exemple, la durée du traitement varie de 12 à 16 séances tant en milieu clinique qu'en milieu de recherche et près du tiers des thérapeutes américains en milieu clinique rapportent pratiquer la PCCC, qui représente l'approche la plus soutenue empiriquement (Doherty et Simmons, 1996 ; Northey, 2002). Cependant, nous sommes d'avis qu'il y a plus de différences que de similitudes et que le clinicien pourrait se poser deux questions : Jusqu'à quel point les résultats obtenus dans les recherches évaluatives seraient répliqués en milieu naturel ? Quels seraient les résultats si une étude était conduite auprès de ma propre clientèle ? La prochaine section tentera de fournir des outils pour répondre à ces deux questions.

8. COMMENT MENER EN MILIEU NATUREL UNE PRATIQUE DE TC INSPIRÉE PAR DES DONNÉES EMPIRIQUES ?

L'intervenant qui souhaite inspirer sa pratique clinique des résultats des recherches doit d'abord dresser la liste des similitudes et différences entre les conditions de sa propre pratique et celles des études. Par exemple, l'intervenant pourrait répondre à une question que les couples posent souvent lors du diagnostic : *Quelle est la probabilité que notre couple soit sauvé ?* Évidemment, il faudra d'abord recadrer la question en fonction des recommandations énoncées aux chapitres 2 et 4 : *Quelles sont les probabilités que nous puissions accomplir les objectifs visés à l'intérieur d'un mandat spécifique ?* Plusieurs stratégies peuvent être envisagées si l'intervenant souhaite répondre à ce type de questions en s'appuyant sur des données empiriques.

Premièrement, il importe que l'intervenant définisse le contexte de sa pratique : 1) la durée de sa formation et de sa supervision en TC ; 2) son approche théorique et les techniques thérapeutiques qu'il utilise ; 3) la description de sa clientèle, entre autres, quant au niveau de difficulté des problématiques présentées ; 4) son milieu de pratique (hôpital, CLSC, clinique de psychologie, bureau individuel) ; 5) le coût de ses services ; 6) les méthodes et motifs de référence ; 7) le niveau de contrôle sur la qualité des services (temps alloué à la formation continue, à la préparation des entrevues, à l'autosupervision ou à la supervision par un collègue, à l'évaluation des besoins des clients et à l'évaluation des progrès). Ainsi, un intervenant ayant reçu peu ou pas de formation formelle pour intervenir avec la clientèle qu'il reçoit et/ou avec l'approche qu'il désire appliquer (p. ex., la TCCB avec un couple en détresse et un conjoint alcoolique) pourrait s'attendre à obtenir de plus faibles taux d'amélioration que l'intervenant qui a reçu deux ans de formation spécialisée et a 10 ans d'expérience avec ce modèle et cette population. Ce dernier pourrait s'attendre à des résultats plus semblables à ceux rapportés dans les sept études évaluatives du tableau 17.2. Cependant, si ce second intervenant ne peut accorder que cinq séances par couple, ne reçoit que peu ou pas d'encadrement et ne peut accorder beaucoup de temps à la préparation des séances parce qu'il rencontre plus de 20 couples par semaine, les différences entre les conditions de sa pratique et celles des recherches évaluatives lui sont nettement défavorables. Ainsi, il est probable que l'intervenant enregistrera des taux de réussite inférieurs à ceux publiés.

Une seconde série de stratégies qui permet d'augmenter grandement la capacité du clinicien à offrir des services appuyés par des données empiriques consiste à sélectionner et à administrer, au cours de la phase d'évaluation précédant la thérapie, une batterie de questionnaires standardisés. Celle-ci devrait inclure quelques-uns des instruments mesurant des variables descriptives et des variables reliées au pronostic, tel que décrit au chapitre 2 (p. ex., la durée des problèmes, les incidents de violence conjugale, les problèmes de santé mentale, etc.). Plusieurs des auteurs de ce volume administrent, dans leur pratique, une batterie de base standardisée, composée d'instruments autorapportés évaluant la satisfaction conjugale (Spanier, 1976), la satisfaction sexuelle (Hudson, Harrison et Crosscup, 1981), les difficultés psychologiques (Ilfeld, 1976), le style d'attachement (Brennan, Clark et Shaver, 1998), les traits de personnalité (Costa et McCrae, 1992), les patrons de violence conjugale (Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman, 1996) et l'atteinte des objectifs (Boisvert *et al.*, 2007 ; Kiresuk, Smith et Cardillo, 1994). Il est de plus très important pour les cliniciens traitant des couples avec troubles comorbides d'ajouter des instruments permettant de mesurer l'acuité des troubles individuels : par exemple, la dépression (Beck Depression Inventory ; Beck, Ward et Mendelson, 1961), l'anxiété (State-Trait Anger Expression Inventory – 2. ; Speilberger, 1996), l'abus d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT] ; Babor, De La Fuente, Saunders et Grant, 1992), etc. La majorité de ces instruments peuvent être corrigés à la main ou avec un simple programme informatique comme SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Des résultats peuvent ainsi être facilement obtenus. Les informations recueillies peuvent ensuite être compilées dans une base de données, permettant au

clinicien d'avoir un aperçu du profil de sa clientèle au début des consultations. Par exemple, avec l'usage de seulement trois instruments, soit l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976), l'Indice des symptômes psychiatriques (Ilfeld, 1976) et l'Échelle des objectifs thérapeutiques (Kiresuk *et al*., 1994), l'intervenant pourra répondre, entre autres, aux deux questions suivantes : *Quel est le niveau moyen de détresse conjugale et individuelle de mes couples au début des consultations ? Quelle proportion de mes couples consultent pour améliorer leur relation, pour résoudre leur ambivalence et pour négocier une séparation ?* Ces résultats peuvent ensuite être comparés à ceux qui sont présentés dans ce volume ou dans des recherches évaluatives, ce qui permet au clinicien de situer sa clientèle par rapport à celle qui compose les échantillons des études. Par exemple, il ne serait pas surprenant qu'un intervenant travaillant dans un milieu institutionnel (centre jeunesse, CLSC, institut psychiatrique) découvre que les scores moyens de ses couples sont inférieurs à ceux des couples cités dans les recherches sur l'efficacité de la TCE (moyenne au DAS = 93,9, ET = 5,1) ou même de la TCCB (moyenne au DAS = 84,0, ET = 4,50). Advenant le cas, l'intervenant devra ajuster sa vision du pronostic en conséquences.

La troisième étape vers une pratique reposant sur des données empiriques consiste à administrer quelques instruments de mesure (déjà administrés au début de la thérapie) à la fin du traitement. La motivation des couples à participer est souvent moindre lorsque l'intervention est terminée qu'au début, principalement parce qu'ils y voient moins d'avantages directs. Composer une batterie postintervention courte à compléter, offrir aux clients de leur poster les questionnaires ou de leur poser les questions au téléphone et recourir aux services d'un assistant pour contacter les couples sont autant de moyens facilitant la collecte des données postintervention (Mondor, 2007). De plus, offrir aux couples de les rencontrer ou de leur téléphoner pour leur faire part de leurs résultats postintervention contribue énormément à la motivation des couples en leur fournissant un gain personnel et direct, comme par exemple la possibilité de visualiser les progrès et changements accomplis au cours des séances et de cerner les objectifs atteints et les objectifs restant à travailler. Nous sommes persuadés, comme Lambert, Whipple, Hawkins *et al.* (2003), qu'un examen approfondi des résultats du traitement aide le clinicien à être plus vigilant quant à l'impact de ses techniques, ce qui l'amène à augmenter la qualité de ses services.

La comparaison entre l'amplitude moyenne du changement pré-post des clients rencontrés par un clinicien ou un groupe de cliniciens et l'amplitude du changement rapporté dans les études évaluatives constitue une expérience très enrichissante, mais parfois confrontante. Toutefois, la différence entre les conditions dans lesquelles le clinicien pratique et celles dans lesquelles les études sont conduites doit être prise en compte lorsqu'une telle comparaison est effectuée. Tel que mentionné, nous croyons que certaines des conditions dans lesquelles les études publiées sont conduites sont plus favorables que les conditions dans lesquelles le clinicien moyen doit travailler (p. ex., supervision hebdomadaire, clients minutieusement sélectionnés, temps de préparation des rencontres, etc.). Cependant, sur une note plus positive, nous croyons

que certaines conditions présentes dans l'environnement naturel pourraient augmenter l'efficacité de la TC par rapport à ce qui est rapporté dans les études contrôlées. Par exemple, l'intervenant expérimenté a la liberté d'emprunter des cibles et des techniques d'intervention à plusieurs écoles théoriques et d'ajuster la séquence, la durée et l'intensité du traitement aux besoins spécifiques de chaque couple. Les résultats des études recensées par Wright et ses collaborateurs (2007b) soutiennent cette hypothèse. Celles dont la formation des thérapeutes avant le traitement était moins intensive, le traitement moins structuré et les thérapeutes plus expérimentés ont obtenu de meilleurs résultats (plus grande taille de l'effet) que les études ne répondant pas à ces trois conditions.

9. QUELLES SONT LES PROCHAINES PRIORITÉS POUR LES RECHERCHES EN TC ?

Wright et ses collaborateurs (2007b) ont mis en évidence plusieurs faiblesses dans la représentativité clinique des recherches évaluatives en TC. Ces limites ralentissent l'avancement vers une pratique de la TC supportée empiriquement. Par exemple, une seule étude (Hahlweg et Klann, 1997) a examiné l'impact de la TC dans un essai clinique en milieu naturel (*open clinical trial*). Une seconde étude menée par les auteurs de ce chapitre et leurs collaborateurs est actuellement en cours (Wright, Mondor, Côté et Simoneau, 2007a). De plus, les critères de sélection des sujets étant souvent très précis dans les études évaluatives, plusieurs sous-populations de couples ont été presque systématiquement exclues des recherches. C'est le cas, entre autres, des couples touchés par l'infidélité, des couples souffrant d'une dysfonction sexuelle, des couples de même sexe et des minorités ethniques (Sexton *et al.*, 2004). Ces sous-populations devront d'abord être incluses dans les études évaluatives afin de déterminer si la TC est efficace avec ces groupes. Des traitements spécifiques et adaptés devront être développés pour les sous-groupes de couples qui ne bénéficieraient pas de la TC telle qu'elle est conduite actuellement. Il y a des avantages majeurs à ce que ces nouvelles études placent la validité interne comme première priorité lors de la conception du protocole. Toutefois, la faiblesse majeure des recherches en TC est que seul ce type de recherche est mené, laissant de côté la seconde étape dans la validation du traitement, c'est-à-dire les études en milieu clinique réel. Cette concentration particulièrement élevée d'études hautement contrôlées marginalise la recherche en TC par rapport à la recherche en thérapie individuelle (Lambert et Ogles, 2004), en thérapie familiale (Sexton *et al.*, 2004) et en traitements médicaux incluant la pharmacothérapie (Thase et Jindal, 2004).

Christensen et ses collaborateurs (2005) ont présenté des exemples prometteurs sur des moyens de varier des paramètres de validité interne et externe dans des études visant simultanément à évaluer l'efficacité et l'efficience de la TC. L'impact du niveau d'expérience des thérapeutes constitue un exemple pertinent. Même si la majorité des programmes de formation (tout comme ce volume) sont basés sur le principe que la formation et l'expérience augmentent la puissance de la TC, spécialement avec les

couples très dysfonctionnels, seulement trois études ont examiné l'incidence de cette variable. Fals-Stewart et Birchler (2002) n'ont trouvé aucune différence entre l'effet de thérapeutes avec un baccalauréat et l'effet de thérapeutes détenant une maîtrise dans l'application de la TCCB. De même, Raytek et ses collaborateurs (1999) ont trouvé que l'expérience du thérapeute n'avait aucun impact sur le résultat de la TC, mais que les thérapeutes plus expérimentés créaient de meilleures alliances avec leurs clients et retenaient ceux-ci plus souvent jusqu'à la fin du traitement. Toutefois, ces deux traitements étaient des programmes structurés pour le traitement de l'alcoolisme d'un conjoint et avaient lieu dans des instituts de recherche. Nous sommes d'avis que dans une situation plus complexe et moins structurée, les résultats pourraient être différents. Wright et ses collaborateurs (2007b) ont en effet trouvé que les études d'efficacité de la TC dans lesquelles les thérapeutes étaient plus expérimentés semblaient obtenir des résultats plus positifs. Nous appuyons Christensen et ses collaborateurs (2005) dans leur suggestion selon laquelle la prochaine étape de la recherche évaluative en TC sera de tester l'impact de l'expérience du thérapeute dans un environnement réel moins structuré et où les thérapeutes sont moins supervisés.

Pinsof et Wynne (2000) ont présenté une autre avenue de recherche très prometteuse. Pinsof, Mann et Lebow (2000) ont développé le Systemic Therapy Index of Change (STIC), un instrument qui permet d'évaluer le fonctionnement d'un couple dans plusieurs sphères et, à chaque séance, de tracer une trajectoire de changement anticipé. À la fin de l'intervention, le changement réel est comparé au changement anticipé. Cette méthode permet de mener des recherches pour identifier les mécanismes de changement en TC. Sur le plan clinique, cette approche offre au thérapeute un portrait constant de l'évolution de chacun des conjoints et du couple, ce qui lui permet d'ajuster rapidement les objectifs qu'il poursuit et les techniques qu'il emploie. Cette méthode a d'ailleurs fait ses preuves en thérapie individuelle (Lambert et Ogles, 2004).

Finalement, nous partageons l'opinion de Sexton et ses collaborateurs (2004) selon laquelle les recherches en TC devraient suivre l'exemple de la recherche en thérapie familiale : être moins contraintes par l'allégeance des chercheurs envers l'une ou l'autre des écoles théoriques et évaluer des traitements qui incluent des ingrédients prometteurs pour des populations à risque jusqu'à maintenant peu étudiées (couples aux prises avec une infidélité, couples avec violence conjugale, couples de milieu socio-économique défavorisé, etc.). Ces résultats sont sans aucun doute attendus avec impatience par les cliniciens.

CONCLUSION

Les auteurs de revues et méta-analyses de recherches évaluatives en TC avancent, sur la base des tailles de l'effet, que ce traitement peut être aussi efficace que la thérapie individuelle ou familiale et plus efficace que plusieurs interventions pharmacologiques et psychosociales fortement subventionnées (Lipsey et Wilson, 1993 ; Shadish *et al.*, 1995).

Ce chapitre a tenté de présenter un aperçu du statut empirique de la TC. Les recherches évaluatives indiquent que bien qu'environ 50 % des couples obtiennent un gain cliniquement significatif suite à un traitement bref (moins de 20 heures), plusieurs d'entre eux rechutent et plusieurs sous-groupes ne semblent pas bénéficier de la TC. Compte tenu des limites des recherches actuelles et de la nature idiosyncratique de la pratique clinique, nous concluons que la TC en milieu naturel peut s'inspirer des résultats scientifiques, mais que la grande majorité des décisions que posent les cliniciens doivent être guidées par des processus décisionnels complexes (avantages et inconvénients, considération de plusieurs alternatives, jugement clinique) qui n'ont pas été soumis à la recherche. La pertinence des recherches évaluatives en TC pour la pratique clinique augmenterait si les informations permettant d'évaluer la représentativité clinique de l'étude étaient systématiquement rapportées dans les publications. Nous espérons que les lignes directrices présentées dans ce chapitre pourront sensibiliser le clinicien à l'importance de prendre connaissance des résultats des études empiriques, d'évaluer la représentativité clinique des recherches évaluatives et d'adopter un système de collecte de données dans sa pratique individuelle afin de constamment améliorer la qualité des services qu'il offre à sa clientèle.

RÉFÉRENCES

Les références complètes des études citées aux tableaux 17.1 et 17.2 sont disponibles à l'adresse <www.cripcas.umontreal.ca>.

Addison, S.M., Sandberg, J.G., Corby, J., Robila, M. et Platt, J.J. (2002). « Alternative methodologies in research literature review : Links between clinical work and MFT effectiveness », *The American Journal of Family Therapy, 30*, p. 339-371.

Babor, T.F., De La Fuente, J.R., Saunders, J. et Grant, M. (1992). « AUDIT : The Alcohol Use Disorders Identification Test », dans *Guidelines for Use in Primary Health Care,* Genève, World Health Organization.

Baucom, D.H. et Aiken, P.A. (1984). « Sex role identity, marital satisfaction, and response to behavioral marital therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*(3), p. 438-444.

Baucom, D.H., Epstein, N.B. et Gordon, K.C. (2000). « Marital therapy : Theory, practice, and empirical status », dans C.R. Snyder et R.E. Ingram (dir.), *Handbook of Psychological Change : Psychotherapy Processes and Practices for the 21st Century,* New York, Wiley, p. 280-308.

Baucom, D.H., Hahlweg, K. et Kuschel, A. (2003). « Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research ? », *Behavior Therapy, 34*, p. 179-188.

Baucom, D.H., Sayers, S.L. et Sher, T.G. (1990). « Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training : An outcome investigation », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, p. 636-645.

Baucom, D., Shoham, V., Mueser, K., Daiuto, A. et Stickle, T.R. (1998). « Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, p. 53-88.

Beach, S.R.H. et O'Leary, K.D. (1992). « Treating depression in the context of marital discord : Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy », *Behavior Therapy, 23*, p. 507-528.

Beck, A.T., Ward, C.H. et Mendelson, M. (1961). « An inventory for measuring depression », *Archives of General Psychiatry, 4*, p. 561-571.

Bélanger, C., Sabourin, S., Dulude, D. et Wright, J. (1993). « Les corrélats comportementaux et conjugaux des attentes d'efficacité en matière de résolution de problèmes personnels », *Journal international de psychologie, 28*(4), p. 443-458.

Boelens, W., Emmelkamp, P., MacGillavry, D. et Markvoort, M. (1980). « A clinical evaluation of marital treatment : Reciprocity counseling *vs*. system-theoretic counseling », *Behavioural Analysis and Modification, 4*, p. 85-96.

Boisvert, M.-M., Wright, J., Mondor, J., Lorange, J. et McDuff, P. (2007). *Les mandats et les objectifs thérapeutiques en consultation conjugale,* communication par affiche présentée au Congrès annuel de l'Association canadienne pour le savoir, Trois-Rivières, mai.

Bouchard, G., Lussier, Y. et Sabourin, S. (1999). « Personality and marital adjustment : Utility of the five-factor model of personality », *Journal of Marriage and the Family, 61*(3), p. 651-661.

Bourgeois, L., Sabourin, S. et Wright, J. (1990). « Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(5), p. 608-613.

Brennan, K.A., Clark, C.L. et Shaver, P.R. (1998). « Self-report measurement of adult attachment : An integrative overview », dans J.A. Simpson et W.S. Rholes (dir.), *Attachment Theory and Close Relationships,* New York, Guilford, p. 46-76.

Brown, P.D. et O'Leary, K.D. (2000). « Therapeutic alliance : Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, p. 340-345.

Butler, M.H. et Wampler, K.S. (1999). « Couple-responsible therapy process : Positive proximal outcomes », *Family Process Journal, 38*(1), p. 27-54.

Chambless, D.L. et Hollon, S.D. (1998). « Defining empirically supported therapies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, p. 7-18.

Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H. et Simpson, L.E. (2004). « Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), p. 176-191.

Christensen, A., Baucom, D.H., Vu, C.T. et Stanton, S. (2005). « Methodologically sound, cost-effective research on the outcome of couple therapy », *Journal of Family Psychology, 19*(1), p. 6-17.

Christensen, A. et Heavey, C.L. (1999). « Interventions for couples », *Annual Review of Psychology, 50*, p. 165-190.

Cloutier, P.F., Manion, I.G., Walker, J.G. et Johnson, S.M. (2002). « Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children : A 2-year follow-up », *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(4), p. 391-398.

Cohen, J. (1992). « A power primer », *Psychological Bulletin, 112*, p. 155-159.

Costa, P.T. et McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Professional Manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Crowe, M. (1978). « Conjoint marital therapy : A controlled outcome study », *Psychological Medicine, 8*, p. 623-636.

Dessaulles, A., Johnson, S.M. et Denton, W.H. (2003). « Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression : A pilot-study », *The American Journal of Family Therapy, 31*, p. 345-353.

Doherty, W.J. et Simmons, D.S. (1996). « Clinical practice patterns of marriage and family therapists : A national survey of therapists and their clients », *Journal of Marital and Family Therapy, 22*(1), p. 9-25.

Dunn, R. et Schwebel, A. (1995). « Meta-analytic review of marital therapy outcome research », *Journal of Family Psychology, 9*, p. 58-68.

Epstein, N.B. et Baucom, D.H. (2002). *Enhanced Cognitive-behavioral Therapy for Couples : A Contextual Approach*, Washington, American Psychological Association.

Ersner-Hershfield, R. et Kopel, S. (1979). « Group treatment of pre-orgasmic women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, p. 750-759.

Fals-Stewart, W. et Birchler, G.R. (2002). « Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners : The comparative effectiveness of bachelor's- and master's-level counselors », *Behavior Therapy, 33*, p. 123-147.

Fals-Stewart, W., Birchler, G.R. et O'Farrell, T.J. (1996). « Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients : Effects on relationship adjustment and drug-using behavior », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), p. 959-972.

Foley, S.H., Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Sholomskas, D. et Chevron, E. (1989). « Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes », *International Journal of Family Psychiatry, 10*, p. 29-42.

Goldman, A. et Greenberg, L. (1992). « Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, p. 962-969.

Gurman, A.S. et Fraenkel, P. (2002). « The history of couple therapy : A millennial review », *Family Process, 41*(2), p. 199.

Hahlweg, K. et Klann, N. (1997). « The effectiveness of marital counseling in Germany : A contribution to health services research », *Journal of Family Psychology, 11*(4), p. 410-421.

Halford, K., Sanders, M. et Behrens, B. (1993). « A comparison of the generalization of behavioral marital therapy and enhanced behavioral marital therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, p. 51-60.

Hampson, R.B. et Beavers, W.R. (1996). « Measuring family therapy outcome in a clinical setting : Families that do better or worse in therapy », *Family Process, 35*, p. 347-361.

Hampson, R.B., Prince, C.C. et Beavers, W.R. (1999). « Marital therapy : Qualities of couples who fare better or worse in treatment », *Journal of Marital and Family Therapy, 25*(4), p. 411-424.

Hartman, L.M. et Daly, E.M. (1983). « Relationship factors in the treatment of sexual dysfunction », *Behavior Research and Therapy, 21*, p. 153-160.

Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N.S., DeKlyen, M. et Whisman, M.A. (1989). « Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(5), p. 658-662.

Hops, H., Wills, T.A., Patterson, G.R. et Weiss, R.L. (1972). *Marital Interaction Coding System*, Eugene, University of Oregon and Oregon Research Institute.

Horvath, A.O. et Symonds, B.D. (1991). « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis », *Journal of Counseling Psychology, 38(2)*, p. 139-149.

Hudson, W.W., Harrison, D.F. et Crosscup, P.C. (1981). « A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships », *The Journal of Sex Research, 17*(2), p. 157-174.

Hurlbert, D.F. (1993). « A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire », *Journal of Sex and Marital Therapy, 19*, p. 41-55.

Ilfeld, F.W. (1976). « Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population », *Psychological Reports, 39*, p. 1215-1228.

Jacobson, N.S. (1977). « Problem solving and contingency contracting in treatment of marital discord », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, p. 92-100.

Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A.E., Schmaling, D.B. et Salusky, S. (1991). « Marital therapy as treatment for depression », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, p. 547-557.

Jacobson, N.S., Follette, C. et Pagel, M. (1986). « Predicting who will benefit from behavioral marital therapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), p. 518-522.

Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Hahlweg, K. et Margolin, G. (1984). « Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy : A reanalysis of outcome data », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 497-504.

Jacobson, N.S., Schmaling, K.B. et Holtzworth-Munroe, A. (1987). « Component analysis of behavioral marital therapy : 2-year follow-up and prediction of relapse », *Journal of Marital and Family Therapy, 13*, p. 187-195.

James, P.S. (1991). « Effects of a communication training component added to an emotionally focused couples therapy », *Journal of Marital and Family Therapy, 17*, p. 263-275.

Johnson, S.M. (2003). « The revolution in couple therapy : A practitioner-scientist perspective », *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(3), p. 365.

Johnson, S.M. (2004). *Creating Connection : The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy* (2e éd.), New York, Guilford.

Johnson, S.M. et Greenberg, L.S. (1985a). « Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* p. 175-184.

Johnson, S.M. et Talitman, E. (1997). « Predictors of success in emotionally focused marital therapy », *Journal of Marital and Family Therapy, 23*(2), p. 135-152.

Kelly, A.B. et Halford, W.K. (1995). « The generalisation of cognitive behavioural marital therapy in behavioural, cognitive and physiological domains », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(4), p. 381-398.

Kihlstrom, J.F. (2006). « What qualifies as evidence of effective practice ? Scientific research », dans J.C. Norcross, L.E. Beutler et R.F. Levant (dir.), *Evidence-based Practices in Mental Health : Debate and Dialogue on the Fundamental Questions,* Washington, American Psychological Association, p. 23-31.

Kiresuk, T.J., Smith, A. et Cardillo, J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling : Applications, Theory, and Measurement*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.

Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M. et Mann, B.J. (2004). « The formation of the therapeutic alliance in couple therapy », *Family Process, 43*(4), p. 425-442.

Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M. et Mann, B.J. (2007). « Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *33*(2), p. 245-257.

Lamarre, M. et Lussier, Y. (2007). « Conflits et ruptures conjugales : Les psychologues se prononcent », *Psychologie Québec, 24*(1), p. 28-30.

Lambert, M.J. et Ogles, B.M. (2004). « The efficacy and effectiveness of psychotherapy », dans A.E. Bergin et S.S. Garfield (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e éd.), New York, Wiley, p. 139-193.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D., Nielsen, S.L. et Smart, D.W. (2003). « Is it time to track patient outcome on a routine basis ? », *Clinical Psychology : Science and Practice, 10,* p. 288-301.

Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E. *et al*. (2000). « The London depression intervention trial », *British Journal of Psychiatry, 177*, p. 95-100.

Liberman, R., Levine, J., Wheeler, E., Sanders, N. et Wallace, C.J. (1976). « Marital therapy in groups : A comparative evaluation of behavioral and interaction formats », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement, 266*, p. 3-34.

Lipsey, M.W. et Wilson, D.B. (1993). « The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment : Confirmation from meta-analyses », *American Psychologist, 48*, p. 1181-1209.

Locke, H.J. et Wallace, K.M. (1959). « Short marital-adjustment and prediction tests : Their reliability and validity », *Marriage and Family Living, 21*, p. 251-255.

MacPhee, D.C., Johnson, S.M. et Van der Veer, M.M.C. (1995). « Low sexual desire in women : The effects of marital therapy », *Journal of Sex and Marital Therapy, 21*(3), p. 159-182.

Mamodhoussen, S., Wright, J., Tremblay, N. et Poitras-Wright, H. (2005). « Impact of marital and psychological distress in couples undergoing couple therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, *31*(2), p. 159-169.

Martin, D.J., Garske, J.P. et Davis, M.K. (2000). « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, p. 438-450.

Mondor, J. (2005). *Les caractéristiques du couple et le résultat de la consultation conjugale*, Montréal, Université de Montréal.

Mondor, J. (2006). *Clients Characteristics and the Outcome of Couple Consultation,* conférence présentée au Séminaire CRIPCAS avec le D^r^ Norman Epstein, Montréal, Université de Montréal, novembre.

Mondor, J. (2007). « Compilation des données recueillies à la CCCFPWC du 19 septembre 2005 au 12 mars 2007 », Longueuil, Clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright, Côté.

Northey, W.F. (2002). « Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists : A national survey », *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(4), p. 487-494.

O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S., Brown, E.D. et McCourt, W.F. (1993). « Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives », *Journal of Studies on Alcohol, 54*(6), p. 652-666.

O'Farrell, T.J., Cutter, H.S.G. et Floyd, F.J. (1985). « Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics : Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment », *Behavior Therapy, 16*, p. 147-167.

O'Leary, K.D. et Beach, S.R.H. (1990). « Marital therapy : A viable treatment for depression and marital discord », *The American Journal of Psychiatry, 147*(2), p. 183.

Pinsof, W.M. (1983). « Integrative problem-centered therapy : Toward the synthesis of family and individual psychotherapies », *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(1), p. 19-35.

Pinsof, W.M. (1995). *Integrative Problem-centered Therapy : A Synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*, New York, Basic Books.

Pinsof, W.M. et Catherall, D.R. (1986). « The integrative psychotherapy alliance : Family, couple, and individual therapy scales », *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, p. 137-151.

Pinsof, W.M., Mann, B. et Lebow, J. (2000). *The Systemic Therapy Inventory of Change*, Evanston, IL, The Family Institute at Northwestern University.

Pinsof, W. et Wynne, L. (1995). « The efficacy of marital and family therapy : An empirical overview, conclusions, and recommendations », *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(4), p. 585-613.

Pinsof, W. et Wynne, L. (2000). « Toward progress research : Closing the gap between family therapy practice and research », *Journal of Marital and Family Therapy, 26*(1), p. 1-8.

Raytec, H.S., McCrady, B.S., Epstein, E.E. et Hirsch, L.S. (1999). « Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment », *Addictive Behaviors, 24*, p. 317-330.

Rosnow, R.L. et Rosenthal, R. (2003). « Effect sizes for experimenting psychologists », *Canadian Journal of Experimental Psychology, 57*(3), p. 221-237.

Sexton, T.L., Alexander, J.F. et Mease, A.L. (2004). « Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy », dans A.E. Bergin et S.S. Garfield (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e éd.), New York, Wiley, p. 590-646.

Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. et Phillips, G. (2000). « The effects of psychological therapies under clinically representative conditions : A meta-analysis », *Psychological Bulletin, 126*, p. 512-529.

Shadish, W.R., Navarro, A.M., Crits-Christoph, P., Jorm, A.F., Nietzel, M.T., Robinson, L. *et al*. (1997). « Evidence that therapy works in clinically representative conditions », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, p. 355-365.

Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R.R. et Montgomery, L.M. (1995). « The efficacity and effectiveness of marital and family therapy : A perspective from meta-analysis », *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, p. 345-360.

Snyder, D.K. (1979). « Multidimensional assessment of marital satisfaction », *Journal of Marriage and the Family, 41*, p. 813-823.

Snyder, D.K., Cozzi, J.J. et Mangrum, L.F. (2002). « Conceptual issues in assessing couples and families », dans H.A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant et J.H. Bray (dir.), *Family Psychology : Science-based Interventions,* Washington, American Psychological Association.

Snyder, D.K. et Wills, R.M. (1989). « Behavioral versus insight-oriented marital therapy : Effects on individual and interspousal functioning », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, p. 39-46.

Snyder, D.K., Wills, R.M. et Grady-Fletcher, A. (1991). « Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy : A 4-year follow-up study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, p. 138-141.

Spanier, G.B. (1976). « Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads », *Journal of Marriage and the Family, 38*, p. 15-28.

Spielberger, C.D. (1996). *Staxi-2. State-Trait Anger Expression Inventory – 2*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.

Sprenkle, D.H. (2003). « Effectiveness research in marriage and family therapy : Introduction », *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(1), p. 85-98.

Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D.B. (1996). « The revised Conflict Tactics Scales (CTS2) : Development and preliminary psychometric data », *Journal of Family Issues, 17*(3), p. 283-316.

Symons, R. et Horvath, A. (2004). « Optimizing the alliance in couple therapy », *Family Process 43*(4), p. 443-455.

Tesch, S.A. (1985). « The Psychosocial Intimacy Questionnaire : Validational studies and an investigation of sex roles », *Journal of Social and Personal Relationships, 2*, p. 471-488.

Thase, M.E. et Jindal, R.D. (2004). « Combining psychotherapy and psychopharmolocology for treatment of mental disorders », dans A.E. Bergin et S.S. Garfield (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5e éd.), New York, Wiley, p. 743-766.

Tremblay, N., Wright, J., Sabourin, S., Mamodhoussen, S. et McDuff, P. (à paraître). « Refining therapeutic mandates in couple therapy outcome research : A feasibility study », *American Journal of Family Therapy*.

Vansteenwegen, A. (1998). « Divorce after couple therapy : An overlooked perspective of outcome research », *Journal of Sex and Marital Therapy, 24*, p. 123-130.

Ward, D.B. et McCollum, E.E. (2005). « Treatment effectiveness and its correlates in a marriage and family therapy training clinic », *The American Journal of Family Therapy, 33*, p. 207-223.

West, M., Sheldon, A. et Reiffer, L. (1987). « An approach to the delineation of adult attachment : Scale development and reliability », *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*(12), p. 738-741.

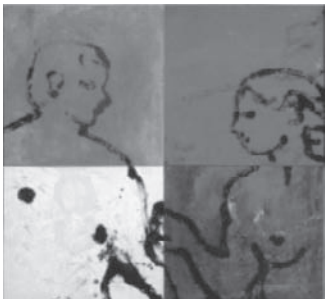
Whisman, M.A. et Snyder, D.K. (1997). « Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy », dans W.K. Halford et H.J. Markman (dir.), *Clinical Handbook of Marriage and Couples Interventions,* New York, Wiley, p. 681-693.

Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R. et Kelley, M.L. (2002). « Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients : Effects on substance use and relationship adjustment », *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), p. 344-355.

Wright, J., Mondor, J., Côté, G. et Simoneau, A. (2007a). *Évaluer l'efficacité de la thérapie conjugale cognitivo-comportementale en milieu clinique naturel : un défi de taille*, communication orale présentée dans le cadre du symposium « Évaluation et intervention auprès des couples perturbés : des développement récents » lors du 29e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke, mars.

Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., McDuff, P. et Mamodhoussen, S. (2007b). « The clinical representativeness of couple therapy outcome research », *Family Process, 46*, p. 301-316.

Zimmer, D. (1987). « Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction ? », *Journal of Sex and Marital Therapy, 13*(3), p. 193-209.



NOTICES BIOGRAPHIQUES

Heather Adams, RSW, est travailleuse sociale au Centre universitaire de santé de l'Université McGill. Elle travaille depuis plusieurs années avec des couples qui sont aux prises avec des problèmes d'infertilité. Ses travaux de recherche portent sur les facteurs liés au pronostic des troubles de santé mentale associés à l'infertilité.

Annie Aimé, Ph. D. en psychologie, est professeure au Département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais. Elle pratique la psychologie clinique depuis 1998. Tant du point de vue clinique que sur le plan de la recherche, elle s'intéresse aux problèmes de santé mentale en général, et plus particulièrement aux dépendances, aux troubles des conduites alimentaires ainsi qu'à l'obésité.

Donald H. Baucom, Ph. D., est psychologue clinicien et professeur de psychologie à l'Université Chapel Hill, en Caroline du Nord, où il est aussi directeur de la formation clinique. Chercheur, professeur et clinicien depuis plus de trente ans, ses intérêts et domaines d'expertise sont centrés sur les problématiques conjugales. Il est l'auteur de plusieurs livres et publications scientifiques portant sur la prévention et le traitement de la détresse maritale, sur les désordres anxieux et affectifs au sein du mariage, sur les approches behaviorales dans le traitement des problèmes associés à l'infidélité et sur les traitements conjugaux pour des problèmes physiques tels le cancer, l'arthrite, le tabagisme et les problèmes cardiaques.

Catherine Bégin, Ph. D., est psychologue et professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université Laval. Son expertise se situe principalement au plan de la problématique du poids (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique et obésité) et des problèmes conjugaux. Elle est d'ailleurs responsable d'une unité spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la problématique du poids au Service de consultation de l'École de psychologie. Ses travaux de recherche portent essentiellement sur l'efficacité des traitements offerts aux personnes présentant des problèmes reliés au poids et à l'image corporelle ainsi que sur les relations de couple qui caractérisent ces personnes.

Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS) et du Centre de recherche Université Laval – Robert Giffard (CRULRG).

Claude Bélanger, Ph. D., est psychologue, professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal et professeur au Département de psychiatrie de l'Université McGill. En pratique clinique depuis une trentaine d'années, son expertise touche les problèmes de couple et les troubles anxieux. Il consacre en outre son temps à la recherche axée sur les problèmes conjugaux lorsque l'un des partenaires éprouve un trouble anxieux ou affectif. Il a publié plusieurs articles scientifiques sur le sujet. Il est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Nili Benazon, Ph. D., a obtenu son doctorat en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa en 1997. Elle est professeure au Département de psychiatrie de l'Université de Toronto et chercheure au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto. Elle dirige des projets de recherche sur la santé mentale de la femme et plus particulièrement sur l'impact de la dépression et de la détresse conjugale sur l'évolution des maladies chroniques, et elle a reçu différentes distinctions pour son innovation en recherche psychologique et pour l'excellence de ses enseignements. Elle publie ses travaux dans des revues scientifiques médicales et en psychologie et présente régulièrement des séminaires et des formations sur le traitement de la dépression et de l'anxiété chez l'adolescent et l'adulte. Dans sa pratique privée, elle se spécialise dans le traitement de la dépression, de l'anxiété, des troubles sexuels et de la détresse conjugale.

Sophie Bergeron, Ph. D., est professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, où elle donne des cours sur la sexothérapie de couple et les dysfonctions sexuelles. Elle œuvre également à titre de psychologue clinicienne au Service de thérapie sexuelle et de couple du Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria). Ses recherches portent sur l'évaluation de l'efficacité des interventions cognitives-comportementales et médicales dans le traitement de la dyspareunie, ainsi que sur le rôle des facteurs dyadiques dans l'expérience de la douleur gynécologique et des problèmes psychosexuels associés. Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Geneviève Bouchard, Ph. D., est professeure à l'École de psychologie de l'Université de Moncton. Elle enseigne dans les domaines de la psychologie clinique et du développement de l'adulte. Ses travaux de recherche et ses publications portent sur la psychologie de la famille (p. ex., périnatalité et transition parentale), sur la psychologie du couple (p. ex., ajustement et stabilité des unions maritales et de cohabitation) et sur l'ajustement psychologique individuel.

Audrey Brassard, Ph. D., est psychologue et professeure de psychologie à l'Université de Sherbrooke. En pratique clinique depuis quelques années, son expertise se situe au niveau des problèmes de couple et de sexualité. Elle supervise également des stagiaires au doctorat en psychologie. Ses recherches portent sur l'adaptation des couples, l'attachement amoureux, les conflits conjugaux et les difficultés sexuelles. Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Mélanie Brousseau, M. A., est sexologue clinicienne. Ses intérêts cliniques portent sur les problèmes conjugaux et les paraphilies sexuelles. Présentement, elle complète son doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Sa thèse doctorale porte sur la négociation sexuelle chez le couple. Ses intérêts de recherche comprennent le consentement sexuel et la coercition sexuelle chez les hommes et les femmes. Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Gérald Côté, Ph. D., est psychologue, médiateur et professeur de psychologie au Collège Lionel-Groulx de Sainte-Thérèse. Il se consacre à la pratique clinique depuis une vingtaine d'années au sein de l'équipe de la Clinique de consultation conjugale et familiale de Longueuil. Cette clinique est un milieu affilié au Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Enfin, il est chargé de formation pour le Service de la formation permanente du Barreau du Québec.

James Coyne, Ph. D., est psychologue, et professeur de psychologie au Département de psychiatrie ainsi qu'au Département de médecine communautaire du University of Pennsylvania Health System. Il est chercheur au Leonard and Marilyn Abramson Family Cancer Research Institute et codirecteur du programme des services de santé et des sciences behaviorales à l'Abramson Cancer Center de l'Université de Pennsylvanie. L'impact de ses travaux de recherche, qui touchent différentes problématiques, dont les troubles de l'humeur et les problèmes d'anxiété ainsi que leur incidence sur la vie conjugale et familiale, le classe parmi les 200 psychologues chercheurs nord-américains les plus éminents.

Wayne Denton, M. D., Ph. D., est directeur du Family Studies Center et professeur associé au Département de psychiatrie du University of Texas Southwestern Medical Center à Dallas (Texas). Ses intérêts cliniques et de recherche ciblent l'application de la thérapie centrée sur l'émotion (ou EFT) au traitement des troubles et désordres médicaux et psychiatriques, avec un accent particulier sur la dépression, la toxicomanie et la communication au sein du couple. Aussi, il pratique et offre de la formation en thérapie familiale médicale.

Ghassan El-Baalbaki est psychologue et étudiant au doctorat en psychologie clinique à l'Université du Québec à Montréal, sous la direction du professeur Bélanger. Il effectue son programme de recherche doctorale sur les stratégies comportementales et cognitives

adoptées par les couples lorsque l'un des partenaires souffre d'un trouble anxieux ou affectif. Il est membre étudiant Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Norman B. Epstein, Ph. D., est professeur au Département des sciences sur la famille à l'Université du Maryland. Il a obtenu en 1974 son doctorat en psychologie clinique à l'Université de la Californie à Los Angeles. Son enseignement, ses recherches et ses publications portent sur la compréhension et le traitement des dysfonctions conjugales et familiales, ainsi que sur les liens existants entre la psychopathologie et le fonctionnement relationnel des individus. Il a développé et analysé l'efficacité de divers programmes cognitifs-comportementaux visant à évaluer les couples en détresse et à intervenir auprès d'eux. De plus, il a réalisé des études empiriques sur la dépression et l'anxiété dans un contexte familial, sur la communication parent-enfant, sur le stress familial et l'adaptation, ainsi que sur les facteurs cognitifs liés aux dysfonctions conjugales et familiales. Tout au long de sa carrière, il a maintenu à temps partiel une pratique clinique auprès d'individus, de couples et de familles. Il compte plus de trente ans d'expérience dans la formation et la supervision de thérapeutes conjugaux et familiaux et est membre et superviseur agréé de l'American Association for Marriage and Family Therapy. Il est également membre fellow de l'American Psychological Association, diplomate de l'American Board of Assessment Psychology et membre fondateur de l'Academy of Cognitive Therapy.

Christiane Fortier, M. Ps., est psychologue clinicienne à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Elle pratique également en bureau privé, à Montréal et à Saint-Lambert, auprès d'une clientèle d'adultes et de couples. Elle a déjà contribué à des projets de recherche et à la rédaction d'articles scientifiques portant sur les couples de même sexe. De plus, ses intérêts cliniques et de recherche portent sur les troubles anxieux et les problèmes conjugaux.

Steffany Fredman est étudiante au doctorat à l'Université Chapel Hill, en Caroline du Nord. Ses intérêts en clinique et en recherche portent sur la psychopathologie et sur la santé dans un contexte conjugal et familial, avec une emphase sur les troubles de la dysrégulation émotionnelle.

Nathalie Gauthier, B. Sc., est étudiante au doctorat recherche/intervention en psychologie clinique à l'Université de Montréal. Sa thèse de doctorat porte sur le rôle des pensées catastrophiques sur la dynamique conjugale des individus souffrant de douleur chronique.

Normand Gingras, Ph. D., est psychologue, clinicien à l'Ottawa Couple and Family Institute, psychologue aux Services de counseling aux cadres de la Commission de la fonction publique et professeur chargé de cours à l'Université d'Ottawa. Il pratique depuis une dizaine d'années. Son expertise se situe surtout au plan de l'intervention

auprès des couples et des individus aux prises avec le trauma, la dépression et l'anxiété. Il participe à la recherche et à la rédaction d'ouvrages portant sur la thérapie centrée sur les émotions (*Emotionally Focused Therapy* – EFT). Il est membre de la Société canadienne de psychologie et de l'Ordre des psychologues de l'Ontario.

Mélanie Jodoin, B. Sc., est étudiante au doctorat en psychologie, profil recherche-intervention. Elle complète actuellement la dernière année de ses études doctorales à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Son projet de recherche doctorale explore l'impact des attributions sur l'intensité de la douleur sexuelle et sur le fonctionnement psychosexuel des femmes et de leurs partenaires. Elle travaille également au Service de thérapie sexuelle et conjugale de l'Hôpital Royal-Victoria et elle établit sa pratique privée sur la rive sud de Montréal. Elle est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles.

Susan M. Johnson-Douglas, D. Ed., est psychologue, professeure-chercheure en psychologie clinique et en psychiatrie à l'Université d'Ottawa, professeure-chercheure à l'Alliant University de San Diego (Californie), ainsi que fondatrice et directrice de l'Ottawa Couple and Family Institute. Elle pratique depuis une trentaine d'années et est reconnue comme la pionnière de l'élaboration et de la mise au point du modèle d'intervention de thérapie centrée sur les émotions (*Emotionally Focused Therapy for Couples* – EFT). Ses intérêts de recherche portent sur les processus et les résultats liés à l'intervention auprès du couple et de la famille, sur l'émotion et son rôle dans l'attachement entre adultes, ainsi que sur le traumatisme et son impact sur la dynamique interrelationnelle.

Danielle Julien, Ph. D., est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Depuis 1987, elle mène des recherches empiriques sur les questions conjugales et familiales en lien avec l'homosexualité. De 2000 à 2004, elle a été rédactrice en chef pour la section francophone de la revue *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue canadienne des sciences du comportement*. Depuis la création des Instituts de recherche en santé du Canada, elle est membre du comité consultatif de l'Institut de recherche sur la santé des femmes et des hommes. Depuis 2006, elle est directrice d'une équipe de recherche pancanadienne sur les minorités sexuelles au sein des collectivités ethnoculturelles canadiennes.

Marie-France Lafontaine, Ph. D., est psychologue, professeure-chercheure en psychologie clinique à l'Université d'Ottawa et directrice du Laboratoire de recherche sur le couple. Sa pratique privée s'effectue auprès des individus et des couples aux prises avec des problématiques diverses. Elle réalise aussi de la recherche scientifique sur les déterminants affectifs, cognitifs et comportementaux intervenant dans la réussite de la vie conjugale. Elle est membre de l'Ordre des psychologues de l'Ontario et du Québec, de la Société canadienne de psychologie et du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Annie Leblond-de Brumath, Ph. D., est psychologue clinicienne auprès d'une clientèle d'enfants, d'adolescents et d'adultes. Elle travaille à l'hôpital Louis-H. Lafontaine, de même qu'en cabinet privé. Elle est également formatrice clinique à l'Université du Québec à Montréal. Elle se spécialise dans l'évaluation et l'intervention psychothérapeutique des troubles anxieux selon une approche cognitive-comportementale. Par ailleurs, sa thèse doctorale a porté sur les couples de femmes lesbiennes ayant le projet d'avoir un enfant.

Andréa G. Leduc est étudiante au doctorat en psychologie clinique à l'Université du Québec à Montréal. Elle effectue sous la direction du professeur Bélanger une recherche doctorale portant sur les attentes des patients anxieux envers la thérapie en lien avec leurs problèmes conjugaux. Elle est membre étudiant du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Danielle Lefebvre, M. Ps., est psychologue et responsable des activités cliniques du laboratoire de recherche et d'intervention auprès du couple à l'École de psychologie de l'Université Laval. Ses recherches théoriques et pratiques se centrent sur le développement d'un modèle de psychothérapie de couple d'orientation psychodynamique centré sur les troubles de la personnalité. Elle s'intéresse aussi de près à la supervision professionnelle en psychothérapie de couple ainsi qu'aux répercussions à long terme des traumatismes sexuels sur les processus de formation et de maintien des unions conjugales.

Justine Lorange est candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal. Elle s'intéresse à la compatibilité des conjoints dans un couple. Étudiant des couples en consultation conjugale, elle cherche à comprendre comment les caractéristiques individuelles de chacun s'imbriquent et influencent la satisfaction conjugale. Justine Lorange poursuit sa formation en psychologie clinique et s'intéresse à la pratique de la thérapie conjugale.

Yvan Lussier, Ph. D., est psychologue et professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Depuis 1990, il y dirige le Laboratoire de psychologie du couple. Ses travaux récents portent sur l'attachement amoureux et sur les processus de formation et de maintien des unions conjugales. Également, il s'intéresse à l'évaluation clinique du fonctionnement conjugal dans le cadre de programmes d'intervention en centre jeunesse. Il est membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Josianne Mondor est candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Montréal. Elle complète une formation dans la pratique clinique de la thérapie conjugale. Dans le cadre de ses travaux de recherche, elle étudie le lien entre les caractéristiques individuelles des conjoints et le résultat de la consultation conjugale en milieu clinique réel. Elle s'intéresse aussi à l'impact du style d'attachement des conjoints sur la dynamique du couple.

Louise Nadeau, Ph. D., est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal. Ses travaux de recherche portent sur les récidivistes condamnés pour conduite avec facultés affaiblies, sur le traitement des troubles mentaux concomitants ainsi que sur les femmes et l'alcool. De 1990 à 2006, elle a coprésidé la section «*Focus on Women*» du Conseil international sur les problèmes de l'alcoolisme et des toxicomanies (CIPAT). De 1994 à 2001, elle a présidé le Comité permanent de lutte à la toxicomanie du gouvernement du Québec. Elle a également participé à la création du certificat en toxicomanie à l'Université de Montréal. Elle fut membre du Forum national sur la santé de 1995 à 1997 et du conseil d'administration provisoire des Instituts de recherche en santé du Canada en 1999-2000. Actuellement, elle est membre du conseil d'administration d'Éduc'alcool et du conseil d'administration de l'Alcoholic Beverage Medical Research Foundation. Elle fut la vice-présidente des Instituts de recherche en santé du Canada (2000-2003 ; 2003-2006). En 2006, elle a reçu le prix Marcel-Vincent de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS) – section sciences sociales.

Jean-Pierre Paradis est travailleur social au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il a joué un rôle de pionnier dans la création du programme d'évaluation et d'intervention en matière d'agression sexuelle. Il s'intéresse aux problématiques touchant les familles à risque. Sa carrière a été jalonnée d'expériences cliniques enrichissantes sur le terrain et d'efforts en vue d'améliorer la compréhension et le traitement des agressions sexuelles à l'endroit des enfants par la recherche scientifique. D'ailleurs, il a été sollicité à plusieurs reprises pour former des intervenants dans cette pratique au Québec et en Europe. De plus, il a travaillé au développement de partenariats de recherche entre les universités et les centres jeunesse.

Alain Perron, M. A., est psychologue au Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec et professeur associé au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il a contribué à la mise sur pied du programme d'évaluation et d'intervention en matière d'agression sexuelle. Au cours de sa carrière, il a apporté une importante contribution clinique et de recherche à la compréhension et au traitement de cette problématique. Son expertise à titre de formateur dans l'intervention en matière d'agression sexuelle est reconnue au niveau national et international. Également, il pratique la psychothérapie de couple depuis plus de vingt-cinq ans en clinique privée. Il est membre fondateur du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

William Pinsof, Ph. D., est président du Family Institute et professeur clinique au Département de psychologie au Weinberg College of Arts and Sciences de l'Université Northwestern. Il est également directeur du Center for Applied Psychological and Family Studies à l'Université Northwestern. Il est titulaire d'un doctorat en psychologie clinique de l'Université York à Toronto. Il est reconnu internationalement pour ses recherches dans le domaine de l'évaluation des résultats de la thérapie conjugale et familiale et de la compréhension du processus thérapeutique auprès des couples et des

familles. Il a publié quatre livres, dont l'ouvrage intitulé *Integrative Problem Centered Therapy : A Synthesis of Family, Individual and Biological Therapies* (1995). Il a reçu plusieurs distinctions, dont le prix Distinguished Lifetime Contribution to Family Therapy Research de l'American Association for Marriage and Family Therapy. En 2001, l'American Psychological Association le nomme psychologue familial de l'année.

Hélène Poitras-Wright, M. A., est psychologue et pratique la psychothérapie de couple depuis plus de vingt-cinq ans dans une clinique privée. Elle a contribué au développement de modèles d'intervention à la fine pointe des connaissances de la psychologie conjugale. Ses recherches théoriques et cliniques portent, entre autres, sur la notion de mandats en psychothérapie de couple. Elle s'intéresse de près à l'interface clinique-recherche, jouant un rôle actif dans le transfert des connaissances théoriques à la pratique clinique en psychothérapie de couple. Elle a mis sur pied en 1984 la clinique de consultation conjugale et familiale Poitras-Wright et Côté. Elle a supervisé la formation de nombreux psychothérapeutes de couple.

Tamye Robert est titulaire d'un baccalauréat et d'une maîtrise en psychologie. Elle achève un doctorat en psychologie au profil intervention (D. Ps.) à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Depuis 2005, elle occupe un emploi à la Direction de la protection de la jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, où elle effectue l'évaluation et l'orientation des situations signalées. Auparavant, elle travaillait en prévention du suicide. Ses intérêts cliniques englobent l'intervention clinique auprès des familles et des individus en situation de crise.

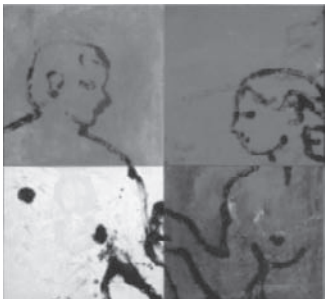
Stéphane Sabourin, Ph. D., est psychologue et professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval. Il est coauteur du livre *L'intervention auprès du couple*. Il maintient depuis plusieurs années une pratique active en psychothérapie. Il supervise la formation clinique de professionnels et d'étudiants gradués en psychologie. Il dirige depuis 1992 le Laboratoire de recherche et d'intervention auprès du couple. Ses travaux récents portent sur les rapports complexes entre les troubles conjugaux et les troubles de la personnalité. Il s'intéresse plus particulièrement aux modèles de psychothérapie du couple d'orientation psychodynamique tenant compte des traits de personnalité limite, narcissique et psychopathique.

Marianne Saint-Jacques, Ph. D., est psychologue en pratique privée auprès des adultes et des couples, et plus particulièrement ceux présentant un trouble lié aux substances psychoactives. Ses intérêts de recherche portent sur la violence perpétrée par les femmes dans le couple, la consommation de substances psychoactives et la cooccurrence entre ces deux phénomènes. Elle a réalisé des études en collaboration avec le Centre des addictions de l'Hôpital Douglas.

Michael J.L. Sullivan, Ph. D., est psychologue et professeur de psychologie et de médecine à l'Université McGill. Il est titulaire d'une Chaire de recherche du Canada en psychologie de la santé. Ses travaux cliniques et de recherche portent sur les déterminants psychosociaux de différents troubles de santé physique et mentale. Le traitement des difficultés conjugales représente un volet important de sa pratique clinique.

Nicole Tremblay, Ph. D., est psychologue-chercheure au Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu de l'Université Laval. Elle possède une expérience variée dans différents domaines de recherche en psychologie ainsi qu'une expérience clinique auprès d'une clientèle adulte. Notamment, elle a collaboré à plusieurs projets de recherche et à la rédaction de publications scientifiques sur les questions conjugales et familiales en lien avec l'homosexualité.

John Wright, Ph. D., est psychologue et professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages en psychologie du couple, dont *La survie du couple* et *L'intervention auprès du couple*. Il pratique la psychothérapie auprès de couples depuis plus de trente ans. Son expertise comme superviseur et formateur en psychothérapie du couple est reconnu aux plans national et international. Il a dirigé de nombreux projets de recherche sur les déterminants de la satisfaction et des problèmes de couple et sur l'intervention conjugale. Ses travaux récents portent sur l'alliance thérapeutique, l'efficacité thérapeutique et les changements en psychothérapie du couple. Il est directeur du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).



INDEX

A

abandon, 279, 281, 297, 300, 301
  prématuré, 100, 103, 133, 176, 232, 263
abus
  de pouvoir, 735, 744
  de substances, 335, 522, 632, 796, 798, 800, 803
acceptation, 230-232, 239, 241, 248, 249, 252, 253, 257, 258, 635, 637, 642, 646, 648, 649
affection, 626, 639, 643
agoraphobie, 508, 514, 515, 526
agression, 17, 40, 65-69, 90, 91, 135, 146, 168, 521-524
  sexuelle, 731-782
ajustement conjugal, 511, 513, 514
alcool, 104, 106, 117, 129, 133, 149, 150, 153, 154, 166, 191, 581-584, 587, 588, 591, 599, 601, 603, 605, 607-609, 611, 615, 617, 632
allégories, 293
alliance, 17, 21, 22, 26, 36, 37, 41, 100, 101, 103, 106, 108, 109, 111, 122, 123, 126, 127, 133, 137, 138, 171, 173, 176, 178, 190, 240, 254, 263, 279, 280, 284, 286, 288-290, 293, 804-807
altruisme, 34, 51
amabilité, 30, 47, 51, 53, 54
ambivalence, 22, 62, 68-71, 75, 88, 90, 100, 105, 107, 122, 123, 135, 156, 169, 173, 178, 179, 181, 183, 185, 190, 225, 228, 232, 258, 262-268, 641, 731, 747, 754, 776, 780, 801, 812
American Association for Marriage and Family Therapy, 201, 203-206, 209, 212, 216, 218
American Psychological Association, 198, 200, 203-206, 212, 216, 218
analyse fonctionnelle, 427, 528, 594, 596, 608, 609
anorexie, 542, 545, 546, 548-550, 557, 558, 562, 564-566, 570
anorgasmie, 366, 367, 385
antidépresseurs, 636
anxiété, 315, 327, 341, 342, 346, 347, 350, 351, 399, 404, 405, 410-412, 422, 427, 430, 433
  d'abandon, 37, 40
  sociale, 508, 515-517
approche affirmative, 399, 400
assomptions, 315, 318-320, 323, 324, 327, 331, 333, 337, 340
asymétrie, 534
attachement, 20, 34, 35, 40, 42, 43, 47, 57, 73, 79-82, 88, 89, 108, 113, 117, 118, 120, 127, 132, 134, 135, 139, 145, 155, 157, 162, 165, 167-169, 175, 176, 183, 185, 229, 232, 235, 238, 239, 244, 246, 255-258, 265, 268, 278-284, 286-289, 292, 294-300, 302, 309, 314, 318, 320, 322, 324, 328, 339, 349, 449-453, 458, 459, 461, 489, 492-496, 742-744, 751, 752, 767, 777, 778, 781, 782, 785
styles, 447, 453, 489, 491, 493
attentes, 315, 318, 322, 325-328, 330-334, 337-340, 342-344, 348
attention sélective, 320
attirance sexuelle, 216, 217, 220
attributions, 315, 318, 321-327, 329, 333, 334, 340, 348, 349, 352
autoexploration, 384, 385
autonomie, 35, 36, 41, 42, 55, 64, 67, 85, 86, 89, 414-417

B-C

biais, 402
bibliothérapie, 105, 177, 403
bilan, 123, 132, 134, 147, 171-176, 178, 179, 181, 183, 190, 531
boulimie, 542, 546, 552, 558, 562, 566
British Association for Sexual and Relationship Therapy, 201, 209, 219
caractéristiques de personnalité, 450, 453, 739, 740, 782
  antisociale, 450, 453, 465, 466
  état limite, 465
carrière, 129, 141, 144, 151, 152, 183, 189, 255, 258, 267, 273
causes, 660
célibataires, 625, 627
changement, 280, 281, 283, 285, 287, 289, 292, 294, 296, 297,

298, 310, 593, 601, 606, 610, 614, 616, 632, 634, 639, 641, 651, 790, 792, 800-804, 807, 812
choix du conjoint, 108, 118, 119, 132, 159, 175, 182
coût (*ou* tarifs), 811
code de déontologie professionnel, 198, 200-206, 208, 209, 212, 216, 218, 219
coercition, 16, 43, 104, 122, 134, 136, 150, 175, 231, 268, 316
cognition, 313-315, 317-320, 323, 330, 336, 337, 340
cohésion, 628, 629, 635, 637, 639, 642, 644, 648
colère, 447, 449, 450, 452, 453, 456, 469, 471, 475-478, 483, 485-487, 490, 491, 494, 495, 498
collaboration, 314, 321, 322, 329-331
collusion, 18, 71, 86, 109, 113, 117, 122, 133, 146, 240
coming out, 401, 402, 406, 409-412, 424, 428, 430, 433, 435
communication, 100, 103, 104, 107, 115, 138, 142, 145, 158-164, 171, 180, 185, 225, 227, 228, 231-236, 238-241, 244, 245, 248, 254, 258, 260, 261, 266, 268, 269, 271, 279, 283, 296, 297, 320, 324, 325, 335, 338-340, 344, 345, 347, 348, 351, 352, 398, 403, 411, 415, 417, 418, 423, 429, 432, 434, 435, 450, 453, 457, 465, 479, 487, 489-491, 497, 528, 531, 533, 547, 559, 561, 562, 584, 586-588, 597, 614, 626, 629, 630, 634, 637, 638, 641, 642, 646, 647, 649, 744, 751, 754, 755, 758, 760-762, 764, 768, 770, 772, 780, 794, 796, 808
comorbidité, 632, 796, 799
compétences
professionnelles, 202
parentales, 742, 757, 761, 782
confiance, 279, 281, 285-289, 292, 293, 295, 297-300, 307-309, 319, 327, 328, 332, 333, 350, 398, 400, 401, 404, 412, 624, 642-644
confidentialité et ses limites, 212
conflit, 226, 235, 241-245, 249, 256, 268, 280, 281, 320, 323, 327, 336, 340, 343, 345, 346, 348, 401, 403, 417, 419, 515
consentement libre et éclairé, 197, 198, 202, 215, 219
contact téléphonique, 108, 122, 186
contrat, 105, 166, 171, 189-191, 226, 244, 607, 608, 611-613
interactionnel, 61, 62
thérapeutique, 473
contre transfert, 199, 202, 216
contrôle, 320, 324, 328, 336, 341, 342, 510, 511, 513, 515, 520-522, 533, 545-547, 550, 554, 557, 558, 560-562, 566, 569, 571-574
couple de même sexe, 400, 404, 408, 411, 419, 420, 427, 428, 430, 431
critères
de réussite, 800
personnels, 313
croyances, 316, 319, 323, 333, 337, 350, 352, 353
cybersexualité, 28
cycle de la violence, 461, 475, 483, 485

D

dangerosité, 456, 458, 460, 463, 464, 466, 475
délinquants
obsessionnels, 739
régressifs, 739
dépendance, 32, 36, 37, 41, 52, 55, 59, 61, 63, 64, 68, 80, 85, 86, 90, 415, 417, 626, 627, 639
dépistage, 594-596
dépression, 278, 299, 300, 302, 308, 310, 796, 798, 800, 802, 808, 811
déroulement, 455, 478, 484
désir sexuel, 364-366, 389
détachement, 252, 253, 263, 293, 628
détresse
conjugale, 16, 25, 27, 30-36, 43, 50, 65, 99, 103, 104, 107, 115, 116, 118, 120, 134-136, 157, 165-169, 179, 181, 190, 226, 229, 230, 232, 238, 241, 243, 259, 263, 265, 287, 300, 310, 316, 322, 323, 325, 354
maritale, 623, 624, 627, 630, 633, 634, 636, 637, 639, 644, 646, 650
psychologique, 628
dévoilement de soi, 47, 54, 55, 233
diagnostic, 583-585, 589, 594, 596, 598, 599, 603, 604
distorsions cognitives, 628, 634, 738, 752, 755-757, 767
divorce, 31, 32, 59, 72, 300, 624, 641, 646, 698-700, 703-705, 709, 716, 717, 728
dominance, 34, 61, 107, 134, 149, 150, 175, 180, 234, 266, 521, 807
données épidémiologiques, 582
douleur sexuelle, 368
drogue, 106, 150
DSM, 30, 48
dynamique du couple, 103, 179, 743
dysfonctions sexuelles, 588, 633, 799
dyspareunie, 367, 368, 385, 389
dysphorie, 642

E

échanges positifs, 226
éducation à la sexualité, 380, 381, 389
effets neurotoxiques, 584, 585, 589, 591
efficacité, 623, 630, 633, 634, 636, 647, 649, 650, 789-791, 793-797, 799, 801, 808, 812-814
émotions, 229, 231, 232, 234-241, 246-249, 251, 254, 256, 257, 261, 266, 267, 269, 314, 315, 317, 320, 323, 327, 330, 335, 338, 340, 342, 344-348, 351, 354, 407, 412, 415, 417, 421, 422, 430, 432, 628, 636, 638, 642, 645, 646, 648, 649
primaires, 280, 281, 284, 301-306
secondaires, 301
empathie, 249, 252, 257, 266, 288, 295, 328, 336, 339, 342, 399,

434, 741, 743, 745, 748, 752, 756, 757, 764, 766, 767, 769, 770, 772
enfants, 448, 452, 454, 457, 461, 462, 466, 473, 474, 476, 479, 484-486, 488, 489, 495, 499
engagement, 16, 25, 30, 33-43, 47, 57, 75, 77-79, 82-84, 88, 91, 102, 104, 108-111, 114-116, 118, 120-123, 127, 128, 135, 137, 151, 152, 154, 158, 172, 174, 175, 179, 183, 190, 191, 243, 245, 263, 265-268, 281, 283, 286, 288-290, 293, 296, 297, 299, 300, 308, 309, 317, 327, 328, 403, 407, 409, 410, 417, 420, 632, 636, 638, 644, 649, 807
entrevue, 458-462, 467, 481
  individuelle, 134, 146, 188, 333
environnement social, 399, 400, 405, 406, 413, 415, 425
épidémiologie, 19
escalade, 107, 113, 122, 125, 175, 187, 226, 235, 256, 270, 280, 281, 338, 343, 345, 448, 452, 455, 456, 468, 469, 475-481, 483, 485, 486, 497, 498
estime de soi, 626, 627, 640, 642
évaluation, 402-404, 407, 413, 417, 421, 425-427, 429, 431-433, 445, 447, 455, 457-459, 461, 463-465, 467-472, 474, 485, 489, 495, 499, 542, 543, 551, 553-558, 563-565, 567-572, 574, 575, 590, 594, 596-598, 602-604, 612, 732, 737, 749-753, 757, 763, 764, 766-769, 774, 776, 777, 782, 785
  sexologique, 377, 378, 380
évitement, 20, 34, 40, 55, 58, 63, 81, 87, 508-511, 515, 517, 521-524, 526, 532, 533
expressions faciales, 626
extraversion, 47, 52, 53

F-G
féminité, 804
fétichisme, 372
frontières, 547, 556, 559, 560, 562, 746, 747, 761, 763, 776
fusion, 45, 63, 68, 87, 89, 91
génogramme, 414
gestion clinique, 497
groupe contrôle, 791, 793, 794, 799

H-I
hétérosexisme, 398, 401, 405, 409, 424, 428, 434
homophobie, 399, 400, 404-408, 412, 425, 426, 428-430, 432-434, 436
homosexualité, 399, 400, 403-412, 428-431, 434
hostilité, 629, 636, 638
humiliation, 652
idéalisation, 38, 39, 44, 45, 66-68, 71, 74, 90, 91
identité, 61, 62, 65, 68, 74, 75, 85, 88, 89, 128, 131, 135, 141, 143, 151, 154, 310
  sexuelle, 399, 406, 412
impasses, 292, 293
impuissance, 628, 629, 643, 646, 649
impulsivité, 30, 34, 50, 102, 129, 136, 151-156, 158, 169, 265, 268
indicateurs pronostiques, 100
inférences, 313, 315, 318, 321, 322, 330, 354
infertilité, 657, 659-674, 676, 677, 679-682, 684-691
  causes, 660
  interventions psychologiques, 663, 665
  thérapie, 660, 664, 668, 673, 674, 686, 689
infidélité, 32, 34, 36, 56, 71, 104, 114, 116, 133, 134, 146, 151-158, 161, 248, 266, 286
insight, 791, 792, 794
instabilité, 34, 35, 37, 41, 48
intégrité 198, 200
intentions, 313, 317, 325
interaction, 108-111, 113, 121, 124, 139, 142, 143, 159, 161, 162, 169, 172, 176, 180, 234, 235, 237, 241, 243, 260, 266, 270, 278, 282-284, 288, 292, 296-298, 300, 309, 317, 318, 329, 344-346, 406, 431, 800, 804, 807
intervention, 397, 399, 403, 405, 407, 408, 410, 413, 416, 418, 419, 421, 425-427, 429-432, 434, 437, 445, 465, 466, 469-474, 480, 492, 495, 496, 499, 586, 589, 597, 600-603, 606, 607, 612, 698, 702, 707, 710, 718, 723
  de crise, 100, 105, 133, 173, 232, 260, 268-272, 754
  thérapie individuelle, 455, 460, 463, 465, 468, 470, 473, 477, 480, 482, 490, 495
  psychologique, 663, 665
intimité, 16, 20, 34-36, 38, 40, 42-47, 49-57, 59, 61, 65, 66, 68-71, 75, 77, 78, 82-85, 87-91, 104, 109, 110, 114-116, 120, 122, 127, 128, 135, 151, 152, 154, 158-160, 168, 169, 172, 174, 175, 177, 179, 181, 191, 229, 231, 240, 246, 249, 265, 266, 284-289, 308, 351, 355, 407, 414-417, 513, 522, 523, 545, 547, 549, 559, 562, 568, 572, 626, 627, 629, 642-644

L-M
limites, 239, 261
liste d'attente, 791
mandat, 801, 810, 811
  de médiation, 707, 712, 715
  thérapeutique, 101, 105, 106, 111, 176, 181, 190, 268, 269, 272, 754, 780
masculinité, 804
masochisme, 372
masturbation dirigée, 367, 385, 386
médiation, 697-701, 704, 706-712, 714-719, 722-725, 727, 728
  familiale, 697-701, 704, 706, 707, 709-712, 715-718, 722, 723, 725, 727, 728
médicalisation de la sexualité, 362, 384, 391
médication, 798, 802
mensonges, 110
mères, 740-744, 754, 755, 757, 770, 779, 780, 782
mesures légales, 733
méta-analyse, 792, 805, 814
métaphore, 293

minorité
ethnique, 430, 431
sexuelle, 430, 431
monogamie, 403
motifs de consultation, 32, 108, 109, 112, 114, 115, 145, 158, 171, 172, 590, 591
motivation, 101, 103, 106, 120, 133, 137, 171, 172, 176-178, 180, 190, 256, 632, 651

N-O
narcissisme, 150
négociation, 226, 230, 232, 258, 261, 264, 265
neutralité, 199, 211, 213, 216, 220
névrosisme, 30, 34, 47, 48-50, 54
nourriture, 542, 554, 556, 558, 560, 575
objectifs, 100-103, 105-109, 111, 112, 120, 123, 127, 128, 134, 137, 158, 161, 171, 172, 176, 178-180, 183, 226, 231-233, 261-264, 268, 270, 271, 273
Ordre des psychologues du Québec, 198, 200, 202, 204, 206, 212, 216, 218, 219
Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec, 200
orientation, 741, 754-756, 763, 765, 766, 768, 775, 776, 778
sexuelle, 397, 399-402, 405-413, 415, 417, 424-426, 428, 430-436
ouverture, 30, 47, 51, 60, 83, 399, 401, 409-412, 420, 434

P
paraphilie, 365, 372, 393
parent, 260, 261
parentalité, 427-429
passion, 16, 34-36, 38, 40, 72-79, 81-85, 87, 88, 90, 91, 96, 104, 109, 114-116, 120, 121, 127, 128, 135, 146, 151, 158, 172, 174, 175, 191, 265, 266
patient identifié, 293, 732
patrons
interactionnels, 509, 525
relationnels, 626
pensées automatiques, 316, 318, 320-322
personnalité, 30, 34, 46-48, 50, 52, 53, 55, 56, 58, 66, 74, 75, 111, 113, 114, 128, 134, 154, 155, 162, 165, 167, 169, 176, 229, 231, 239, 249, 252, 253, 262, 804, 808, 811
phases, 461, 472, 477, 481, 482, 488, 490, 499
polyvictimisation, 737, 743
portrait statistique, 447
pouvoir, 229, 232, 241, 244, 258, 260, 262, 266, 285, 289, 300, 301, 307, 317, 320, 324, 331, 339-341, 347, 398, 425, 426
précipitants, 109, 112, 115, 116, 118, 153, 156, 625, 630
présentation didactique, 335, 350
prévention, 167
de la récidive, 731, 734, 754, 756, 757, 762, 764, 770, 772, 773, 779
prise de décisions éthiques, 219
processus de médiation familiale, 706
pronostic, 750, 751
psychoéducation, 403, 419, 422, 434, 513, 526
psychopathie, 733, 739, 740, 743, 751, 753
psychothérapie de couple, 731-733, 754

Q-R
questionnaires, 99, 107, 108, 110, 111, 116, 121, 134, 144, 146, 153, 161, 164-167, 169, 170, 232, 283, 323, 325, 403, 407, 410, 414, 426, 432, 433, 458, 459, 461, 475, 481, 630, 749, 751, 752, 763, 767, 776, 777, 801, 811, 812
recadrage, 289
recherche d'aide, 99-103, 109
rechute, 586, 589, 593, 601, 612, 614-616
recrutement, 807
relation
d'objet, 44, 45, 66, 67, 69, 87
professionnelle multiple, 217, 220
réponse évocatrice, 304, 306
représentativité clinique, 800, 807, 808, 813, 815
résolution de problème, 226-228, 232, 241-245, 249, 258, 261, 267, 268, 337, 348, 352, 354, 398, 410, 417, 419, 429, 434, 435, 451, 465, 469, 487, 488, 496, 510, 518, 530, 531, 533, 628-630, 632, 634, 637, 641-646, 649
responsabilisation, 733, 753, 766
restructuration cognitive, 343, 350, 352, 353, 403, 408, 410, 434
retrait, 627, 628, 638, 639, 642, 645, 647, 649
rôle, 732, 742, 743, 745, 747-749, 757, 761, 762, 770, 771, 773
conflictuel, 202
sexuel, 287, 414, 415, 417, 418
rupture, 697, 698, 700-702, 704, 707, 708, 712-716
conjugale, 755

S
sacrifice, 107, 148
sadisme, 372
santé physique, 16, 20, 31, 32, 77, 128, 129, 155
satisfaction conjugale, 398, 407, 409, 410, 415, 419, 420, 429, 792, 795, 798-804, 806
schémas, 314, 318, 320-323
séance individuelle, 284
secret, 67, 111, 128, 133
sécurité, 318, 319, 341, 345, 422
sélection, 283
critères de, 813
sensate focus, 422
sensibilisation
corporelle, 367, 369, 371, 374, 384, 387, 388
voilée, 754, 756, 757, 764, 770, 779
séparation, 697-710, 712, 714-718, 720, 721, 723, 725, 727
séquelles, 731-733, 736-738, 742, 743, 749, 759, 778
séropositif, 422
sexualité, 19, 27, 32, 34, 39, 52, 58, 68-70, 73, 75-91, 110, 115, 118, 127-129, 135, 138, 146-152, 155,

183, 232, 239, 255, 257, 258, 262, 266, 268, 398, 399, 403, 416, 420-422, 495, 522, 733, 738, 740, 744, 746-748, 751, 752, 759-762, 767, 770, 771, 777, 780
atypique, 362, 371-373
signalements, 736
socialisation, 415-418
Société canadienne de psychologie, 198, 201-206, 208, 212, 216, 218, 219
solitude, 279, 284, 296, 301
soumission, 144, 147, 148, 151, 172, 175, 180
soutien, 319, 328, 329, 336, 337, 347, 626, 628, 629, 633, 640, 642-644, 650, 741, 743, 750, 755-757, 764, 766, 768, 770, 775, 778, 780
social, 398, 413, 414, 424
standards, 315, 316, 318-320, 323-325, 329, 331-333, 334, 336, 340-342, 347-352
stigmatisation, 413, 429
stress posttraumatique, 278, 285, 310, 508, 521
stresseurs, 28, 34, 39, 43, 45, 46, 57, 72, 101, 113, 115-117, 122, 135, 136, 143, 168, 169, 174-176, 189, 262, 265, 266, 268-273, 329, 333, 625, 630, 641, 646
suicide, 258, 625, 647, 648
supervision, 810, 811, 813
surmoi, 38-40
syndromes cliniques, 584

T

tâches domestiques, 117, 141, 142, 144, 148, 182, 242, 243, 255, 419
TCA, 541-543, 545-547, 549-568, 570, 572
temps d'arrêt, 476, 483, 486
thérapie, 660, 663-665, 668, 673, 674, 686, 689
cognitive, 634
cognitive-comportementale, 314, 323, 355
conjugale, 402, 416, 418, 427, 432, 581, 582, 585-587, 589-594, 597-600, 603-607, 609, 613, 616
de couple, 445, 455, 456, 459-461, 463, 465, 468, 470, 472, 482, 492, 496
de groupe, 753, 754, 780
maritale comportementale, 624, 633-637, 650
tolérance, 230-232, 246, 248, 253, 257, 265
toxicomanie, 581, 582, 585, 596-599, 605, 606
traitement, 541-543, 551-553, 555, 558, 559, 561, 563, 565-569, 572, 573, 582, 584-590, 592-594, 596, 598-600, 602, 604, 607, 616, 733, 742, 748-750, 753, 755, 756, 760-763, 765, 766, 768-770, 772, 774, 775, 778-782, 785
multimodal, 782
transmission intergénérationnelle, 742, 782
transvestisme fétichiste, 372, 373
traumas, 230, 522
sexuels, 19
traumatismes relationnels, 294
travail, 100, 101, 104-107, 113, 115, 116, 120, 122, 128, 129, 132, 134, 138, 140, 142-144, 147, 148, 158, 160, 162, 165, 166, 168, 172, 176, 183, 185, 188, 189, 227, 230, 235, 241-243, 247, 254, 258, 262, 264-267
triangulation, 41, 57, 66, 70, 71, 86, 109, 110, 113, 117, 134, 147, 155
troubles
de l'éjaculation précoce, 369, 370
de l'excitation, 366, 385
de l'orgasme, 366, 371, 385
des conduites alimentaires, 541, 542
du désir sexuel, 364-366
érectile, 368, 369, 376, 384-386
internalisés, 139
panique, 508, 514, 516
mentaux concomitants, 584, 585, 597

V

vaginisme, 367, 385
valeurs du thérapeute, 208
rôles sexuels, 208
validation, 288
validité, 790, 807, 813, 814
variables
démographiques, 803
médiatrices, 803
modératrices, 803
victime, 424, 426, 429
victimisation, 734, 737, 751, 755, 757
viol, 522, 523
violence, 16, 18, 20, 22, 23, 31-34, 40, 41, 46, 53, 68, 75, 76, 80, 103, 104, 106, 109, 115, 128, 130, 133, 136, 137, 146, 154, 157, 161, 165, 168, 173, 178, 227, 230, 232, 256, 259, 261, 262, 268, 270-272, 278, 283, 285, 286, 298, 330, 404, 406, 412, 423-426, 434, 437, 445-498, 583, 584, 586, 589, 593, 632, 636
physique, 446-448, 452, 455-458, 460, 464, 468-470, 478, 479, 481, 483, 487, 490, 491, 495, 496
psychologique, 446, 448, 451, 452, 455, 457, 459, 463, 464, 468, 472, 475, 477-479, 482, 484, 489
sexuelle, 446, 463